

Viivi Hakulinen

# **Nuorten itsemurhayritykset, itsemurhat ja riskitekijät niiden taustalla**

Syventävien opintojen kirjallinen työ

Kevätlukukausi 2026

Turku

Viivi Hakulinen

# **Nuorten itsemurhayritykset, itsemurhat ja riskitekijät niiden taustalla**

Kliininen laitos  
Kevätlukukausi 2026

Vastuuhenkilö: Katri Lahti, LT

*Turun yliopiston laatujärjestelmän mukaisesti tämän julkaisun alkuperäisyys on tarkastettu Turnitin OriginalityCheck -järjestelmällä.*

TURUN YLIOPISTO

Lääketieteellinen tiedekunta

HAKULINEN, VIIVI: Nuorten itsemurhayritykset, itsemurhat ja riskitekijät niiden taustalla

Syventävien opintojen kirjallinen työ, 45 s

Nuorisopsykiatria

Maaliskuu 2026

---

## **Abstrakti**

Tämän opinnäytetyön tavoitteena on tehdä narratiivinen kirjallisuuskatsaus, joka käsittelee nuorten itsemurhayritysten ja itsemurhien taustalla olevia riskitekijöitä. Katsaus painottuu nuoruusikäisiin ja erityisesti nuorisopsykiatrisen ikäryhmän riskitekijöihin. Tavoitteena on koota tutkimuskirjallisuuden perusteella kokonaiskuvaa siitä, mitkä yksilöön, perheeseen ja ympäristöön liittyvät tekijät ovat yhteydessä itsemurhayrityksen tai itsemurhan riskiin.

Katsauksen materiaalina on käytetty PubMed-tietokannasta haettuja artikkeleita. Hakua rajattiin julkaisuajankohdan, kielen, maantieteellisen alueen, ikäjakauman ja tutkimusasetelman perusteella. Tuloksissa riskitekijöitä tarkasteltiin erikseen itsemurhayrityksen ja itsemurhan näkökulmasta. Keskeiset löydökset taulukoitiin.

Tulosten perusteella nuorten itsemurhayritysten ja itsemurhien taustalla on laajasti erilaisia riskitekijöitä. Johdonmukaisesti esille nousivat aikaisempi itsetuhoisuus käyttäytyminen, masennus ja muu psyykinen oireilu, syömishäiriöt, ja päihteiden käyttöön liittyvät ongelmat sekä riskitekijöiden ja hoidon tarpeen kasaantuminen. Lisäksi sukupuoli- ja seksuaalivähemmistöihin kuuluminen, kaltoinkohtelu, kiusaaminen, koulunkäynnin ongelmat, ja kuormittavat olosuhteet perheessä liittyivät kohonneeseen riskiin. Itsemurhayritysten ja itsemurhakuolemien riskiprofiileissa on päällekkäisyyttä, mutta itsemurhakuolemista korostuivat erityisesti poikasukupuoli, vanhempi ikä ja aikaisempi itsensä vahingoittaminen. Katsauksen tulokset tukevat sitä, että nuorten itsetuhoisuuden ennaltaehkäisy edellyttää riskitekijöiden varhaista tunnistamista ja niiden kasaantumisen huomioimista.

Avainsanat: nuoret, itsemurhayritys, itsemurha, riskitekijät

# Sisällysluettelo

<b>1. Johdanto</b> .....	<b>5</b>
1.1. Itsetuhoisuuden käsitteet.....	5
1.2. Haavoittuvuus nuoruuden kehitysvaiheessa.....	6
1.3. Itsetuhoisuuden yleisyys nuoruudessa.....	7
1.4. Miksi lisätutkimusta tarvitaan?.....	7
1.5. Katsauksen tarkoitus ja tutkimuskysymys.....	9
<b>2. Aineistot ja menetelmät</b> .....	<b>9</b>
2.1. Kirjallisuushaku.....	9
2.2. Riskitekijöiden taulukointi.....	12
<b>3. Tulokset</b> .....	<b>13</b>
3.1. Riskitekijät nuoren itsemurhayritykselle tai itsemurhalle, taulukot.....	14
3.2. Aikaisempi itsetuhoinen käyttäytyminen.....	22
3.3. Seksuaali- ja sukupuolivähemmistöihin kuuluminen.....	23
3.4. Mielenterveyden häiriöt ja psyykinen oireilu.....	23
3.4.1. Masennusoireet ja masennus.....	23
3.4.2. Ahdistuneisuus ja ahdistuneisuushäiriöt.....	24
3.4.3. Syömishäiriöoireilu ja syömishäiriöt.....	24
3.4.4. Unettomuus.....	25
3.4.5. Päihteiden käyttö.....	25
3.4.6. Aktiivisuuden ja tarkkaavuuden häiriö (ADHD) ja autismikirjon häiriö (ASD):.....	26
3.4.7. Oppimisvaikeudet.....	26
3.4.8. Tunnesäätelyn vaikeudet.....	27
3.4.9. Monihäiriöisyys.....	27
3.5. Yksilötekijät.....	28
3.5.1. Ikä.....	28
3.5.2. Vähäinen resilienssi.....	28
3.5.3. Hoitoon liittyvät tekijät.....	28
3.6. Perheeseen liittyvät riskitekijät.....	29
3.6.1. Sosioekonominen asema.....	29
3.6.2. Vanhemman ja lapsen välinen ikäero.....	29
3.6.3. Vanhemman menetys.....	30
3.6.4. Vanhempien ero, erilaiset perhemuodot.....	30
3.6.5. Vanhempien mielenterveys- ja päihdehäiriöt:.....	30
3.7. Ympäristöön liittyvät riskitekijät.....	30
3.7.1. Kaltoinkohtelu.....	30
3.7.2. Kiusaaminen.....	31
3.7.3. Kouluympäristö.....	31
3.7.4. Elinympäristö.....	32
3.8. Suojaavat tekijät.....	32
3.9. Sukupuolten väliset erot.....	33
<b>4. Pohdinta</b> .....	<b>33</b>
<b>5. Lähdeluettelo</b> .....	<b>36</b>

# 1. Johdanto

## 1.1. Itsetuhoisuuden käsitteet

Itsetuhoisuus on käsitteenä laaja ja sillä viitataan monenlaiseen käyttäytymiseen ja toimintaan, jossa henkilö vahingoittaa itseään tai asettaa itsensä hengenvaaraan. Itsetuhoisuuteen luetaan esimerkiksi itsemurhaan liittyvät ajatukset, itsemurhasta puhuminen, itsemurhasuunnitelman tekeminen, teon valmistelu, keskeytynyt tai keskeytetty itsemurhayritys, itsemurhayritys sekä itsemurha.

Itsetuhoisuus käsitetään usein jatkumona, mutta kuolemiseen liittyvä pyrkimys voi olla ristiriitainen ja muuttua ajan kuluessa. (Riala, 2022)

Itsetuhoisten ajatusten vakavuus voi vaihdella lyhytkestoisista ohimenevistä itsemurha-ajatuksista pitkäkestoisiin, tarkkoihin itsemurhasuunnitelmiin. Ohimenevät ja lievät itsemurha-ajatukset eivät tavallisesti vielä osoita varsinaista kuolemantoiivetta. (Aronen ym., 2025) Itsemurhariski kasvaa erityisesti silloin, kun ajatukset muuttuvat avoimeksi itsemurhasta puhumiseksi, itsemurhan suunnitteluksi tai sen konkreettiseksi valmisteluksi. (Riala, 2022)

Itsensä tarkoituksellinen vahingoittaminen ilman itsemurhatarkoitusta (NSSI) on yleistä erityisesti nuorilla. NSSI-käyttäytyminen ilmenee esimerkiksi viiltelyllä tai itseään polttamalla.

Käyttäytymiseen liittyy yleensä toistuvuutta. Yleisesti käytöksen taustalla on yritys hallita omia negatiivisia tunteita. Jos tekoon kuitenkin liittyy jonkinasteinen kuolemantoiive tai tarkoitus kuolla, sitä on arvioitava itsemurhayrityksenä. (Riala, 2022)

Itsetuhoisuus ei ole itsessään mielenterveyden häiriö, mutta yleensä taustalla on esimerkiksi masennus, ahdistuneisuushäiriö, päihdehäiriö, tai näiden yhdistelmä. Nuorilla itsetuhoisuuden riskitekijöinä ovat usein myös ympäristön kuormitustekijät, kuten perheen sisäiset ongelmat tai kiusaaminen. Itsemurha-ajatukset provosoituvatkin usein ajankohtaisista vaikeuksista. (Aronen ym., 2025) Aikaisempi itsetuhoinen käyttäytyminen, etenkin aiempi itsemurhayritys, on keskeinen riskitekijä myöhemmälle vakavalle itsetuhoisuudelle. (Riala, 2022)

Itsemurhayrityksellä tarkoitetaan tekoa, jossa henkilö vahingoittaa itseään ja tekoon liittyy kuolemaan tähtäävä aikomus, mutta lopputuloksena ei ole kuolema. Itsemurhalla puolestaan tarkoitetaan tekoa, joka on johtanut kuolemaan. Tekoon on liittynyt yksilön tieto siitä, että se voi

johtaa kuolemaan. Tässä kirjallisuuskatsauksessa keskitytään tarkastelemaan riskitekijöitä, jotka liittyvät nuorten merkittävään itsetuhoisuuteen eli itsemurhayrityksiin ja itsemurhiin.

## **1.2. Haavoittuvuus nuoruuden kehitysvaiheessa**

Nuoruus on siirtymävaihe lapsuudesta aikuisuuteen, jossa fyysisen kasvun rinnalla tapahtuu psyykkistä ja sosiaalista kypsymistä. (Aronen ym., 2025) Nuoruusikä käynnistyy puberteetista, ja sijoittuu tyypillisesti ikävuosille 13–22 (Suomalainen ym., 2018) Murrosikä viittaa nuoruusikää rajatumminkin biologisiin ja hormonaalisiin muutoksiin sekä kehon nopeaan muuttumiseen.

Nuoruuden keskeisiä kehitystavoitteita ovat identiteetin rakentuminen ja itse löydetty autonomia: nuori irtautuu vähitellen lapsuuden vanhemmista, tukeutuu enemmän ikätovereihinsa ja jäsentää omaa seksuaalisuuttaan.

Nuoruudessa myös aivot kypsyvät voimakkaasti, mutta kehitys ei etene ”yhtenäisenä pakettina” suoraviivaisesti, vaan eri aivoalueiden rakenteiden ja toiminnan kypsyminen tapahtuu vaihteittain ja yksilöllisesti. Tämän seurauksena myös psykologiset ja fysiologiset prosessit voivat edetä eri tahdissa. Tämä kehitysvaihe voi synnyttää toiminnallisen epätasapainon ja lisätä kuormitusherkkyyttä. Arjessa se voi näkyä esimerkiksi vaikeutena pitää sisäistä levottomuutta ja impulsseja hallinnassa sekä siinä, että suoriutuminen häiriintyy herkemmin vaativissa tilanteissa. Puberteetin alkaessa nuoren tunne-elämässä ja olemuksessa voi esiintyä aiempaa enemmän levottomuutta ja jännittyneisyyttä. Ristiriidat kotona tai koulussa voivat yleistyä. Samalla tunteet ja mielialat voivat vaihdella nopeasti, esiintyä rajojen kokeilua ja riskihakuisuutta. Itsetietoisuus kehittyy, ja samalla kriittisyys itseään kohden voi lisääntyä. Nuoruuden kehitystehtävät ja paineet (itsenäistyminen, ihmissuhteiden uudelleenjärjestyminen, seurustelu ja seksuaalisuuteen liittyvät kysymykset sekä oman identiteetin vahvistaminen) osuvat aikaan, jolloin itsesäätely on vielä kypsymässä. Kun keskeneräinen itsesäätely, voimakkaat kehityspaineet kasaantuvat, nuori voi olla herkempi mielenterveyden häiriöiden puhkeamiselle tai oireiden voimistumiselle, mikä voi lisätä myös itsetuhoisen käyttäytymisen riskiä. (Aronen ym., 2025) Itsetuhoisen käyttäytyminen voi joskus näyttäytyä keinona yrittää hallita kuormittavaa olotilaa. Esimerkiksi viiltely liittyy usein tunnesäätelyn vaikeuksiin, eikä siihen tällöin yleensä liity tarkoitusta kuolla. Toistuva itsensä vahingoittaminen ja aiemmat itsemurhayritykset ovat kuitenkin yhteydessä kohonneeseen myöhempään itsemurhayritysten riskiin. (Suomalainen ym., 2018)

### **1.3. Itsetuhoisuuden yleisyys nuoruudessa**

Vuoden 2021 Kouluterveyskyselyyn vastanneista noin neljännes nuorista kertoi tahallisesta itsensä vahingoittamisesta, noin 40 % oli kokenut itsetuhoisia ajatuksia ja noin 7 % oli yrittänyt itsemurhaa. Tytöistä itsemurhaa oli yrittänyt 9 %, kun taas pojista 5 % (Haravuori ym., 2021) Yleisin itsensä vahingoittamisen muoto ilman kuoleman toivetta on viiltely. Se alkaa useimmiten nuoruusiässä ja on useimmiten ohimenevä ilmiö. (Aronen ym., 2025)

Suomalaisnuorten itsemurhakuolleisuus on kansainvälisesti korkea. (UNICEF Innocenti – Global Office of Research and Foresight, 2025) Itsemurha on nuorilla yleinen kuolinsyy ja muodostaa edelleen merkittävän osan nuorten kuolemista. Vuonna 2024 suomalaisten 15–19-vuotiaiden nuorten kuolemista 41,4 % johtui itsemurhasta. Pojilla itsemurhien osuus kaikista kuolemista oli 38,2 %, kun taas tytöillä 48,4 %. (Tilastokeskus, 2024)

Vaikka tytöillä itsemurha-ajatukset sekä yritykset ovat nuoruudessa yleisempiä, silti nuorten itsemurhista 75–80 % on poikien tekemiä. Yhtenä selityksenä sukupuolierolle on se, että pojat käyttävät itsemurhayrityksissään useammin väkivaltaisia ja kuolettavampia menetelmiä kuin tytöt. (Aronen ym., 2025)

### **1.4. Miksi lisätutkimusta tarvitaan?**

Itsemurhat muodostavat globaalisti ja kansallisesti merkittävän terveysongelman. WHO:n mukaan vuosittain noin 720 000 ihmistä kuolee itsemurhan seurauksena. (World Health Organization, 2025a) Itsemurha onkin maailmanlaajuisesti kolmanneksi yleisin kuolinsyy 15–29-vuotiailla. Osittain ilmiötä on selittämässä se, että nuorilla muut kuolemaan johtavat sairaudet ovat harvinaisia. (World Health Organization, 2025b)

Nuoren tekemä itsemurhan vaikutukset ulottuvat laajasti perheeseen, nuoren läheisiin sekä kouluyhteisöön. Itsemurha lisää usein läheisten ja ympäröivien ihmisten tuen ja mielenterveyspalveluiden tarvetta. (Pitman ym., 2014) Itsemurhia voidaan tarkastella myös yhteiskunnallisesta näkökulmasta. Nuoren itsemurhat ovat merkittäviä yhteiskunnallisia menetyksiä. Liian aikaisin menetetty elämä tarkoittaa yhteiskunnan näkökulmasta paljon menetettyjä työvuosia ja verotuloja. (Doran & Kinchin, 2020) Suomessa itsemurhakuolleisuus on pitkällä aikavälillä vähentynyt, mutta nuorten ja nuorten aikuisten itsemurhat ovat edelleen

merkittävä kansanterveydellinen haaste. Alaikäisen itsemurha on kuitenkin hyvin harvinainen tapahtuma. Siitä syystä alle 18-vuotiaiden itsemurhien vuosiesiintyvyyteen vaikuttaa paljon myös sattuma eikä viimeisen kymmenen vuoden ajalta voida osoittaa nousevaa tai laskevaa trendiä. Vuosina 2021–2022 alle 18-vuotiaiden itsemurhakuolleisuus oli 1,4/100 000 ja vuosina 2023 ja 2024 2,4 ja 2,2/100 000, vastaavasti. Tilastojen valossa itsemurhakuolleisuus on siis muutamana viime vuonna ollut 2020-luvun alkua korkeampaa. Toisin kuin muissa ikäryhmissä, nuorten itsemurhissa ei ainakaan ole nähtävissä samanlaista laskevaa trendiä. (Terveystieteiden tutkimuslaitos (THL), 2026)

Nuorten kuolleisuutta käsitellessä on hyödyllistä erottaa itsemurhat päihdekuolemista. Kuolemansyyntilastoista nähdään, että huumausainekuolemat kasvoivat vuonna 2023 ja kuolemat painottuvat erityisesti 15–24-vuotiaisiin. Samana vuonna alle 25-vuotiaita kuoli huumeisiin 91, mikä oli korkein määrä vuoden 2006 jälkeen. (Toikkanen, Ulla, 2024). Vuonna 2022 julkaistussa tutkimuksessa puolestaan todetaan, että vuosina 2016 ja 2020 huumemyrkytyskuolemien keski-ikä laski ja alle 25-vuotiaiden osuus kasvoi. Varhaisen tunnistamisen näkökulma kannattaa ulottaa näin ollen myös päihteiden riskikäyttöön, sillä se näkyy nuorten kuolleisuudessa omana, kasvavana ilmiönä. (Kriikku ym., 2022)

Nuorten itse raportoima psyykinen oireilu on kasvanut 2010-luvulta alkaen. Koronapandemian aikana oireiden yleistymisen voimistui, ja oireilu on jäänyt pandemiaa edeltänyttä tasoa korkeammaksi. Samanaikaisesti nuorten hyvinvointi ei jakaudu tasaisesti. Erityisesti tyttöjen ahdistuneisuusoireet ovat lisääntyneet pitkällä aikavälillä. Lisäksi on raportoitu, että masennusoireet ovat yleistyneet erityisesti nuorilla, jotka tulevat sosioekonomisesti heikommassa asemassa olevista perheistä. (Kiviruusu, Olli ym., 2025). Yhteiskunnallisten odotusten, koulutus- ja työpolkujen sekä arjen turvaverkkojen erot voivat lisätä eriytymistä, jolloin kuormitus kasaantuu jo valmiiksi haavoittuvammassa asemassa oleville nuorille. (Honkatukia, Päivi ym., 2025)

Lisätutkimusta nuorten itsemurhayritysten ja itsemurhien taustalla olevista riskitekijöistä tarvitaan. Vaikka itsetuhoisuus on nuorilla melko yleistä, kuolemien ehkäisyn kannalta olennaista on tunnistaa ne tekijät ja riskiprofiilit, joiden avulla pystytään erottamaan suuresta massasta ne nuoret, joilla itsemurhan todennäköisyys on selvästi kohonnut. Näin voidaan myös kohdentaa tuki ja hoito ajoissa.

## 1.5. Katsauksen tarkoitus ja tutkimuskysymys

Tämän narratiivisen kirjallisuuskatsauksen tavoitteena on tarkastella nuoruusiässä ilmenevien itsemurhien ja itsemurhayritysten taustalla olevia riskitekijöitä. Katsaus painottuu nuorispsykiatristen osastohoitopotilaiden ikäryhmään (13–17 vuotta) ja heidän riskitekijöihinsä. Katsauksen tavoitteena on koota eri tutkimusten perusteella kattava kokonaiskuva aiheesta, tunnistaa keskeiset ja merkittävimmät riskitekijät sekä niiden väliset yhteydet. Tarkoituksena on näin lisätä ymmärrystä nuorten itsemurhavaarasta ja jäsentää riskitekijöitä selkeisiin alakategorioihin. Tavoitteena on tuottaa tietoa, joka tukee kliinistä työtä ja mahdollistaa varhaisemman puuttumisen itsemurhien ehkäisemiseksi.

## 2. Aineistot ja menetelmät

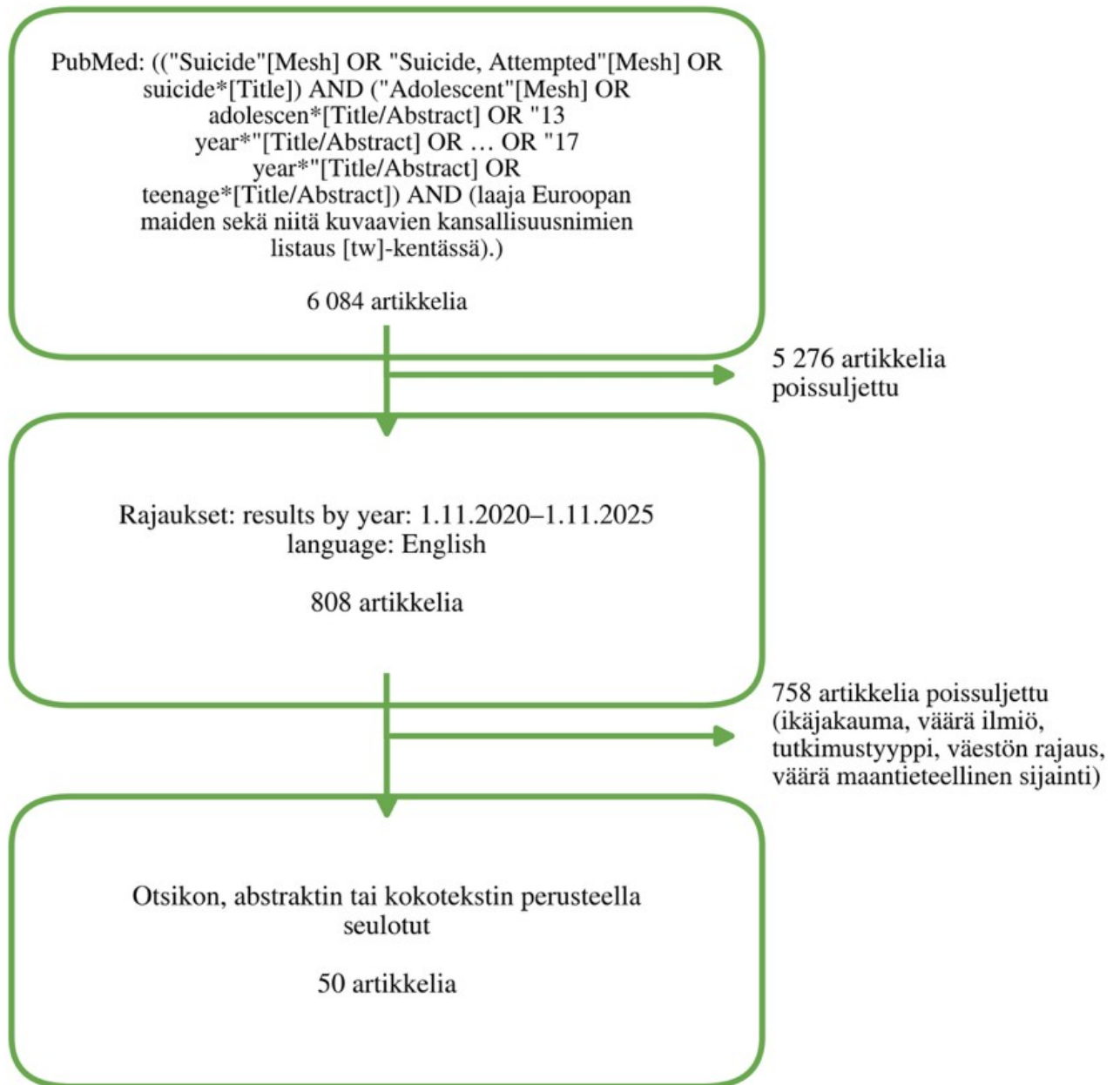
### 2.1. Kirjallisuushaku

Tämän narratiivisen kirjallisuuskatsauksen lähdemateriaalina on käytetty PubMed -tietokannasta haettuja artikkeleita. Haun jälkeen julkaisuja rajattiin poissulkukriteerein. Ikärajauksessa hyödynnettiin hakulausekkeeseen sisällytettyjä PubMedin MeSH-termejä ja vapaasanahakuja, jossa painopiste oli nuoruusiässä (13–17-vuotiaat) sekä vastaavissa ilmaisuissa (esim. ”adolescen\*”, ”teenage\*” sekä yksittäiset ikävuodet 13–17). Maantieteellinen rajausta toteutettiin suoraan hakulausekkeeseen siten, että mukana haettiin Euroopan valtioiden väestöihin liittyviä tutkimuksia laajalla maa- ja kansallisuusnimien listalla. Näin pyrittiin varmistamaan, että katsauksen aineisto olisi mahdollisimman vertailukelpoinen suomalaisen rekisteritutkimuksen kontekstiin.

Hakulausekkeena käytettiin: (“Suicide”[Mesh] OR “Suicide, Attempted”[Mesh] OR suicide\*[Title]) AND (“Adolescent”[Mesh] OR adolescen\*[Title/Abstract] OR “13 year\*”[Title/Abstract] OR ... OR “17 year\*”[Title/Abstract] OR teenage\*[Title/Abstract]) AND (laaja Euroopan maiden sekä niitä kuvaavien kansallisuusnimien listaus [tw]-kentässä).

Julkaisuajankohdan osalta hakua rajattiin PubMedin suodattimilla ajanjaksolle 1.11.2020 – 1.11.2025. Tämä tehtiin siksi, että katsaukseen sisältyvät tulokset kuvaisivat mahdollisimman hyvin ajankohtaista tilannetta ja olisivat yleistettävissä nykyväestöön. Lisäksi kielirajauksena käytettiin englanninkielisiä julkaisuja. Katsauksessa pyrittiin valitsemaan ensisijaisesti alkuperäistutkimuksia, ja erityisesti rekisteripohjaisia tutkimuksia.

Artikkelien valintaprosessi eteni siten, että ensin käytiin läpi hakutulosten otsikot ja niiden perusteella tiivistelmät. Katsauksen ulkopuolelle jätettiin julkaisut, jotka eivät vastanneet kysymyksenasetteluun nimenomaan itsemurhan tai itsemurhayrityksen riskitekijöistä. Tässä vaiheessa tehtiin myös maantieteellistä rajausta siten, että katsaukseen sisällytettiin lähtökohtaisesti vain Euroopassa tehtyjä tai eurooppalaiseen aineistoon perustuvia tutkimuksia. Lisäksi pyrittiin siihen, että aineisto painottuisi nuorisopsykiatriseen ikäryhmään (13–17-vuotiaat). Käytännössä ikäraajat eivät kaikissa mukaan otetuissa tutkimuksissa täysin toteutuneet, mikä hyväksyttiin katsauksen kattavuuden varmistamiseksi silloin, kun tutkimus sisälsi olennaisesti myös kohderyhmän tuloksia tai sen alaryhmäanalyseja. Katsauksesta suljettiin pois tutkimukset, joissa tutkittava väestö oli erityisen valikoitunut suppeisiin erityisryhmiin, jotta tulokset olisivat mahdollisimman vertailukelpoisia laajaan väestöpohjaiseen suomalaiseen rekisteriaineistoon. Artikkelien valintaprosessi esitellään tarkemmin vuokaaviossa (Kuva 1).



Kuva 1. nuorten itsemurhaa ja itsemurhayrityksiä käsittelevien tutkimusten hakuprosessista.

## 2.2. Riskitekijöiden taulukointi

Artikkeleista tunnistettiin ne tutkimukset, joissa riskitekijöiden voimakkuutta kuvattiin vetosuhteella (odds ratio, OR), vakioidulla vetosuhteella (adjusted odds ratio, aOR), uhkasuhteella (hazard ratio, HR) tai vakioidulla uhkasuhteella (adjusted hazard ratio, aHR). Luvut poimittiin erikseen itsemurhayrityksen (SA=suicide attempt) ja itsemurhan (SD= suicide death) osalta.

OR-luku (odds ratio) on epidemiologinen assosiaatiomitta, joka kuvaa, kuinka paljon tarkasteltavan tapahtuman todennäköisyys eroaa altistuneiden ja vertailuryhmien välillä. Kun  $OR > 1$ , altistuneilla on tapahtuma todennäköisempi kuin vertailuryhmässä. Kun OR on pienempi kuin 1, altistuneilla tapahtuman todennäköisyys on pienempi, mikä viittaa suojaavaan yhteyteen.  $OR = 1$  tarkoittaa, ettei ryhmien välillä ole eroa. HR-luku (hazard ratio) on OR-luvun tavoin epidemiologinen assosiaatiomitta, mutta sitä käytetään erityisesti seuranta-aineistoissa kuvaamaan, kuinka paljon tapahtuman ilmaantumisenopeus (hetkellinen riski) eroaa altistuneiden ja vertailuryhmän välillä ajan kuluessa. Kun  $HR > 1$ , tapahtuma ilmenee altistuneilla seurannassa nopeammin tai useammin kuin vertailuryhmässä. Kun  $HR < 1$ , ilmaantumisenopeus on pienempi, mikä viittaa suojaavaan yhteyteen.  $HR = 1$  tarkoittaa, ettei ryhmien välillä ole eroa seuranta-aikana. aOR sekä aHR kuvaavat altisteen ja päätetapahtuman välistä yhteyttä sen jälkeen, kun analyysissä on huomioitu muita mahdollisia sekoittavia tekijöitä (esimerkiksi ikä, sukupuoli tai sosioekonominen asema). Vakioinnin avulla arvioidaan altisteen itsenäistä yhteyttä päätetapahtumaan.

Yhteensä "riskitekijät"-taulukoihin koottiin OR-/HR-lukuja 15 eri artikkelista. Artikkeleista poimitut OR/HR-luvut on taulukoituna alle eri kategorioihin: ensin nuoreen liittyviin riskitekijöihin, sitten perheeseen liittyviin riskitekijöihin ja lopuksi ympäristöön liittyviin riskitekijöihin. OR/HR-luvut taulukoitiin erikseen itsemurhayritykselle (SA) sekä itsemurhalle (SD). Taulukkoon kuvattiin tutkimusten katsauksen kannalta merkittävimmät löydökset. Tekijöiden lisäksi taulukossa kuvattiin aineiston koko, sekä maa/alue, jossa tutkimus on suoritettu. Riskitekijöitä avataan Tulokset -kappaleen myöhemmässä vaiheessa, ja niitä pyrittiin käsittelemään taulukon mukaisessa, riskitekijöiden voimakkuutta kuvaavassa järjestyksessä. Taulukoiden tekemisen tukena hyödynnettiin generatiivista tekoälyä (ChatGPT, OpenAI) siten, että eri tutkimuksista poimitut taulukoitavat tiedot syötettiin ohjelmaan tutkimus kerrallaan. Tietojen syöttämisen jälkeen tekoälyä pyydettiin rakentamaan tiedot sisältävä taulukko. Taulukoitujen tietojen oikeellisuus varmistettiin alkuperäisistä lähteistä kirjoitusprosessin edetessä.

Katsauksessa luottamusvälit ilmoitetaan 95 %:n luottamusväleinä (95 % CI= confidence interval), jotka kuvaavat estimaatin epävarmuutta ja arvion tarkkuutta. Jos luottamusväli ei sisällä arvoa 1, yhteyttä pidetään yleensä tilastollisesti merkitsevänä. Osassa artikkeleista luottamusvälien sijaan on ilmoitettu p-arvo, jonka perusteella arvioidaan tuloksen tilastollista merkitsevyyttä, tavallisesti rajana pidetään arvoa  $p < 0,05$ .

Tulokset-osiossa artikkeleissa esiintyvien riskitekijöiden voimakkuutta kuvataan aikaisemmin mainittujen assosiaatiomittojen lisäksi myös RR-luvuin (risk ratio), aIRR-luvun (adjusted incidence rate ratio), sekä APRR-luvuilla (adjusted prevalence rate ratio). RR-luku kuvaa altistuneiden ja vertailuryhmän välisen riskin suhdetta. aIRR-luku kuvaa vakioitua ilmaantumistiheyksien suhdetta, ja APRR-luku kuvaa vakioitua vallitsevuussuhdetta. Näissä tulkinta on sama kuin OR- ja HR-luvuissa.

### **3. Tulokset**

Katsaukseen valikoitui yhteensä 50 artikkelia, jotka käsittelevät riskitekijöitä itsemurhayritykselle tai itsemurhalle. Näistä artikkeleista 18 vastasi tutkimuskysymykseen täysin ikäryhmän, rekisteripohjaisuuden ja maantieteellisen rajauksen osalta (13–18-vuotiaat, eurooppalainen rekisteriaineisto). Loput 32 olivat niin ikään eurooppalaisia ja kohdistuivat nuoriin, mutta aineisto perustui esimerkiksi kyselyihin (10 artikkelia), kliinisiin potilas- ja päivystysaineistoihin (7 artikkelia) tai muihin kohortti- ja haastattelusetelmiin, joissa osassa ikäraajat olivat laajemmat. Tutkimukset painottuivat Iso-Britanniaan (13 artikkelia), ja Pohjoismaihin (yhteensä 15 artikkelia, joista Norjasta 5 artikkelia, Ruotsista 5 artikkelia, Tanskasta 3 artikkelia, Suomesta 2 artikkelia). Päätetapahtumana tarkasteltiin useammin itsemurhayritystä (31 artikkelia) kuin itsemurhakuolleisuutta (15 artikkelia), kolmessa tutkimuksessa oli molemmat huomioituina. Artikkeleissa tarkasteltiin riskitekijöitä laajasti yksilön, perheen ja ympäristötekijöiden näkökulmista.

### 3.1. Riskitekijät nuoren itsemurhayritykselle tai itsemurhalle, taulukot

Taulukko 1. Nuoreen liittyvät riskitekijät itsemurhayritykselle (SA)

Riskitekijä	Tutkimusasetelma	Odds ratio (OR) / Hazard ratio (HR) (95 % CI luottamusväli, jos ilmoitettu)
<b>Unen pituus koulupäivinä ≤6 h (vs 9 h)</b>		
Rolling et al. (2024), Ranska	Monikeskuksinen tapaus-verrokkitutkimus (MEDIADO), 13–18 v: SA-ryhmä rekrytoitu sairaaloista (N=55) + verrokkit kouluista (N=195), 2015.	OR 4.6 (1.4–17.8)
<b>Aikaisempi itsensä vahingoittaminen</b>		
Pawley et al. (2025), Iso-Britannia	Syntymäkohortti (Millennium Cohort Study), pitkittäinen analyysi: uni 14 v → itsemurhayritys 17 v (N=8 524).	OR 4.4 (3.5–5.4)
Szmajda et al. (2024), Puola	Retrospektiivinen osastohoidon potilasaineisto (nuorisopsykiatrian osasto), 13–18 v (N=1 311), 2006–2015.	OR 4.2, p<0.001
Jollant et al. (2022), Ranska	Kansallinen rekisterikohortti (terveysrekisterit), 12–24-vuotiaat psykiatrisessa osastohoidossa vuosina 2013–2014 (N=73 300) + kontrollit, joilla oli mielenterveyden häiriö, mutta ei psykiatrista sairaalahoitoa, 3 v seuranta.	aHR 2.9 (2.7–3.1)
<b>Seksuaalivähemmistöön kuuluminen (vs hetero)</b>		
Khanolkar et al. (2024), Iso-Britannia	Syntymäkohortti (Millennium Cohort Study), 17-vuotiaiden seuranta-aineisto 2018–2019 (N=10 757; analyysissä n≈9 789).	OR 3.3 (2.4–4.6)
Wang et al. (2023), Ranska	Koulupohjainen poikkileikkaustutkimus ("Portraits of Adolescents", 2013), 13–20-vuotiaat (N=14 265 analyysissä).	OR 2.6 (2.1–3.2)
O'Reilly et al. (2021), Ruotsi	Pitkittäinen kaksoskohortti (CATSS), synt. 1994–1999 (N=13 852); kiusaaminen 15 v, Itsensä vahingoittaminen/itsemurhayritys 18 v, kaksoisparivertailuasetelma	OR 1.9 (1.3–2.8)
<b>Sukupuoli: tyttö vs poika</b>		
Wang et al. (2023), Ranska	Koulupohjainen poikkileikkaustutkimus ("Portraits of Adolescents", 2013), 13–20-vuotiaat (N=14 265 analyysissä).	OR 2.4 (2.1–2.8)
Haghighi et al. (2024), Norja	Koulupohjainen pitkittäistutkimus (Young in Norway), kaksi mittauspistettä 1992 ja 1994 (67	aOR 2.4 (1.6–3.8)

<b>Riskitekijä</b>	<b>Tutkimusasetelma</b>	<b>Odds ratio (OR) / Hazard ratio (HR) (95 % CI luottamusväli, jos ilmoitettu)</b>
	koulua), 12–20 v (T1 LSA-vastajat N=10 831; T2 N=7 139).	
Jollant et al. (2022), Ranska	Kansallinen rekisterikohortti (terveysrekisterit), 12–24-vuotiaat psykiatrisessa osastohoidossa vuosina 2013–2014 (N=73 300) + kontrollit, joilla oli mielenterveyden häiriö, mutta ei psykiatrista sairaalahoitoa, 3 v seuranta.	aHR 1.8 (1.7–1.9)
<b>Masennus</b>		
Baldini et al. (2025), Italia	Poikkileikkaustutkimus, nuorisopsykiatriset osastohoitopotilaat 12–18 v (N=95; 54 SA vs 41 ei-SA).	OR 2.3, p=0.01
<b>Oppimisvaikeudet</b>		
Szmajda et al. (2024), Puola	Retrospektiivinen osastohoidon potilasaineisto (nuorisopsykiatrian osasto), 13–18 v (N=1 311), 2006–2015.	OR 1.7, p<0.05
<b>Unettomuus</b>		
Baldini et al. (2025), Italia	Poikkileikkaustutkimus, nuorisopsykiatriset osastohoitopotilaat 12–18 v (N=95; 54 SA vs 41 ei-SA).	OR 1.7, p=0.01
<b>Mielialahäiriöt (ICD-10 F30–39)</b>		
Szmajda et al. (2024), Puola	Retrospektiivinen osastohoidon potilasaineisto (nuorisopsykiatrian osasto), 13–18 v (N=1 311), 2006–2015.	OR 1.7, p<0.01
<b>Nukahtamisviive</b>		
Rolling et al. (2024), Ranska	Monikeskuksinen tapaus-verrokkitutkimus (MEDIADO), 13–18 v: SA-ryhmä rekrytoitu sairaaloista (N=55) + verrokkit kouluista (N=195), 2015.	OR 1.4 (1.1–2.0)
<b>Aiempi somaattinen sairaalahoito (kyllä vs ei)</b>		
Jollant et al. (2022), Ranska	Kansallinen rekisterikohortti (terveysrekisterit), 12–24-vuotiaat psykiatrisessa osastohoidossa vuosina 2013–2014 (N=73 300) + kontrollit, joilla oli mielenterveyden häiriö, mutta ei psykiatrista sairaalahoitoa, 3 v seuranta.	aHR 1.4 (1.3–1.5)
<b>Myöhäisempi nukahtamisaika</b>		
Rolling et al. (2024), Ranska	Monikeskuksinen tapaus-verrokkitutkimus (MEDIADO), 13–18 v: SA-ryhmä rekrytoitu sairaaloista (N=55) + verrokkit kouluista (N=195), 2015.	OR 1.4 (1.1–1.8)
<b>Suurempi univaje</b>		
Rolling et al. (2024),	Monikeskuksinen tapaus-verrokkitutkimus	OR 1.3 (1.0–1.7)

<b>Riskitekijä</b>	<b>Tutkimusasetelma</b>	<b>Odds ratio (OR) / Hazard ratio (HR) (95 % CI luottamusväli, jos ilmoitettu)</b>
Ranska	(MEDIADO), 13–18 v: SA-ryhmä rekrytoitu sairaaloista (N=55) + verrokkit kouluista (N=195), 2015.	
<b>Ikä (13–15 vs 16–18, tytöt)</b>		
Haghigh et al. (2023), Norja	Väestöedustava koulupohjainen kyselyaineisto (Ungdata 2014–2019), 13–18 v (N=173 664).	OR 1.2, p < 0.0001
<b>Ikä (per +1 vuosi)</b>		
Baldini et al. (2025), Italia	Poikkileikkaustutkimus, nuorisopsykiatriset osastohoitoipotilaat 12–18 v (N=95; 54 SA vs 41 ei-SA).	OR 1.1, p=0.05
<b>Masennusoireet</b>		
Pawley et al. (2025), Iso-Britannia	Syntymäkohortti (Millennium Cohort Study), pitkittäinen analyysi: uni 14 v → itsemurhayritys 17 v (N=8 524).	OR 1.1 (1.1–1.1)
Haghigh et al. (2024), Norja	Koulupohjainen pitkittäistutkimus (Young in Norway), kaksi mittauspistettä 1992 ja 1994 (67 koulua), 12–20 v (T1 N=10 831, T2 N=7 139).	aOR 1.1 (1.0–1.1)
<b>Käytöshäiriöoireet</b>		
Haghigh et al. (2024), Norja	Koulupohjainen pitkittäistutkimus (Young in Norway), kaksi mittauspistettä 1992 ja 1994 (67 koulua), 12–20 v (T1 LSA-vastajat N=10 831; T2 N=7 139).	aOR 1.1 (1.0–1.1)

*Taulukko 2. Nuoreen liittyvät riskitekijät itsemurhalle (SD)*

<b>Riskitekijä</b>	<b>Tutkimusasetelma</b>	<b>Odds ratio (OR) / Hazard ratio (HR) (95 % luottamusväli, jos ilmoitettu)</b>
<b>Aikaisempi itsensä vahingoittaminen</b>		
Cybulski et al. (2022), Iso-Britannia	Kaksi sisäkkäistä tapaus-verrokkitutkimusta (CPRD Aurum/GOLD + linkitetyt sairaala- ja kuolemansyyrekisterit), 10–19 v (2003–2018): itsemurha N=324 (kontrollit N=8 100) ja ensimmäinen itsensä vahingoittaminen N=56 008 (kontrollit N=1 399 356).	OR 19.8 (14.8–26.5)
Diogu et al. (2025), Wales (UK)	Rekisteripohjainen kohorttitutkimus, koulunkäynti- ja terveystietojen yhdistäminen 2012/13–2018/19 (N=584 394), seuranta itsemurhakuolemiin 31.12.2021 asti.	aOR 8.1 (5.1–12.9)
Jollant et al. (2022), Ranska	Kansallinen rekisterikohortti (terveysrekisterit), 12–24-vuotiaat psykiatrisessa osastohoidossa vuosina	aHR 2.2 (1.5–3.2)

<b>Riskitekijä</b>	<b>Tutkimusasetelma</b>	<b>Odds ratio (OR) / Hazard ratio (HR) (95 % luottamusväli, jos ilmoitettu)</b>
	2013–2014 (N=73 300) + kontrollit, joilla oli mielenterveyden häiriö, mutta ei psykiatrista sairaalahoitoa, 3 v seuranta.	
<b>Ikä</b>		
Diogu et al. (2025), Wales (UK)	Rekisteripohjainen kohorttitutkimus, koulunkäynti- ja terveystietojen yhdistäminen 2012/13–2018/19 (N=584 394), seuranta itsemurhakuolemiin 31.12.2021 asti.	aOR 14.9 (5.7–39.3) (16+ vs <10)
Diogu et al. (2025), Wales (UK)	Rekisteripohjainen kohorttitutkimus, koulunkäynti- ja terveystietojen yhdistäminen 2012/13–2018/19 (N=584 394), seuranta itsemurhakuolemiin 31.12.2021 asti.	aOR 11.9 (5.7–24.8) (10–15 vs <10)
Jollant et al. (2022), Ranska	Kansallinen rekisterikohortti (terveysrekisterit), 12–24-vuotiaat psykiatrisessa osastohoidossa vuosina 2013–2014 (N=73 300) + kontrollit, joilla oli mielenterveyden häiriö, mutta ei psykiatrista sairaalahoitoa, 3 v seuranta.	aHR 2.2 (1.0–4.5) (16–18 vs 12–15)
<b>Masennus</b>		
Cybulski et al. (2022), Iso-Britannia	Kaksi sisäkkäistä tapaus-verrokkitutkimusta CPRD Aurum/GOLD + linkitetyt sairaala- ja kuolemansyyrekisterit, 10–19 v (2003–2018): itsemurha N=324 (kontrollit N=8 100) ja ensimmäinen itsensä vahingoittaminen N=56 008 (kontrollit N=1 399 356).	OR 7.4 (5.5–9.9)
<b>Sukupuoli: pojat vs tytöt</b>		
Diogu et al. (2025), Wales (UK)	Rekisteripohjainen kohorttitutkimus, koulunkäynti- ja terveystietojen yhdistäminen 2012/13–2018/19 (N=584 394), seuranta itsemurhakuolemiin 31.12.2021 asti.	aOR 5.0 (3.3–10.0)
<b>Ahdistuneisuushäiriö</b>		
Cybulski et al. (2022), Iso-Britannia	Kaksi sisäkkäistä tapaus-verrokkitutkimusta (CPRD Aurum/GOLD + linkitetyt sairaala- ja kuolemansyyrekisterit), 10–19 v (2003–2018): itsemurha N=324 (kontrollit N=8 100) ja ensimmäinen itsensä vahingoittaminen N=56 008 (kontrollit N=1 399 356).	OR 3.3 (2.3–4.8)
<b>Syömishäiriö</b>		
Cybulski et al. (2022), Iso-Britannia	Kaksi sisäkkäistä tapaus-verrokkitutkimusta (CPRD Aurum/GOLD + linkitetyt sairaala- ja kuolemansyyrekisterit), 10–19 v (2003–2018): itsemurha N=324 (kontrollit N=8 100) ja ensimmäinen itsensä vahingoittaminen N=56 008 (kontrollit N=1 399 356).	OR 3.1 (1.5–6.3)
<b>Huumeiden käyttö</b>		
Diogu et al. (2025), Wales	Rekisteripohjainen kohorttitutkimus, koulunkäynti-	aOR 2.7 (1.6–4.6)

Riskitekijä	Tutkimusasetelma	Odds ratio (OR) / Hazard ratio (HR) (95 % luottamusväli, jos ilmoitettu)
(UK)	ja terveystietojen yhdistäminen 2012/13–2018/19 (N=584 394), seuranta itsemurhakuolemiin 31.12.2021 asti.	
<b>Autismikirjon häiriö</b>		
Diogu et al. (2025), Wales (UK)	Rekisteripohjainen kohorttitutkimus, koulunkäynti- ja terveystietojen yhdistäminen 2012/13–2018/19 (N=584 394), seuranta itsemurhakuolemiin 31.12.2021 asti.	aOR 2.3 (1.1–4.9)
<b>Aktiivisuuden ja tarkkaavuuden häiriö</b>		
Cybulski et al. (2022), Iso-Britannia	Kaksi sisäkkäistä tapaus-verrokkitutkimusta (CPRD Aurum/GOLD + linkitetyt sairaala- ja kuolemansyyrekisterit), 10–19 v (2003–2018): itsemurha N=324 (kontrollit N=8 100) ja ensimmäinen itsensä vahingoittaminen N=56 008 (kontrollit N=1 399 356).	OR 2.0 (1.1–3.8)
<b>Psykiatrinen sairaalahoito indeksijaksolla (kyllä vs ei)</b>		
Jollant et al. (2022), Ranska	Kansallinen rekisterikohortti (terveystietojen rekisterit), 12–24-vuotiaat psykiatrisessa osastohoidossa vuosina 2013–2014 (N=73 300) + kontrollit, joilla oli mielenterveyden häiriö, mutta ei psykiatrista sairaalahoitoa, 3 v seuranta.	aHR 1.7 (1.0–2.9)

Taulukko 3. Perheeseen liittyvät riskitekijät itsemurhayritykselle (SA)

Riskitekijä	Tutkimusasetelma	Odds ratio (OR) / Hazard ratio (HR) (95 % luottamusväli, jos ilmoitettu)
<b>Perheen matala sosioekonominen asema (vs korkea)</b>		
Pawley et al. (2025), Iso-Britannia	Syntymäkohortti (Millennium Cohort Study), pitkittäinen analyysi: uni 14 v → itsemurhayritys 17 v (N=8 524).	OR 2.2 (1.8–2.8)
<b>Äidin nuori ikä ensimmäisessä synnytyksessä (MAFC)</b>		
Sujan et al. (2022), Ruotsi	Kansallinen rekisterikohortti (ensisyntyneet, >1 milj.), altisteena äidin ikä ensimmäisessä synnytyksessä.	HR 2.2 (2.0–2.3) (MAFC <20 vs 25–29)
Sujan et al. (2022), Ruotsi	Kansallinen rekisterikohortti (ensisyntyneet, >1	HR 1.3 (1.3–1.4)

Riskitekijä	Tutkimusasetelma	Odds ratio (OR) / Hazard ratio (HR) (95 % luottamusväli, jos ilmoitettu)
	milj.), altisteena äidin ikä ensimmäisessä synnytyksessä.	(MAFC 20–24 vs 25–29)
<b>Menettänyt vähintään yhden vanhemman</b>		
Wang et al. (2023), Ranska	Koulupohjainen poikkileikkaustutkimus ("Portraits of Adolescents", 2013), 13–20-vuotiaat (N=14 265 analyysissa).	OR 1.7 (1.3–2.4)
<b>Vanhempien ero</b>		
Wang et al. (2023), Ranska	Koulupohjainen poikkileikkaustutkimus ("Portraits of Adolescents", 2013), 13–20-vuotiaat (N=14 265 analyysissa).	OR 1.2 (1.0–1.3)

Taulukko 4. Perheeseen liittyvät riskitekijät itsemurhalle (SD)

Riskitekijä	Tutkimusasetelma	Odds ratio (OR) / Hazard ratio (HR) (95 % luottamusväli, jos ilmoitettu)
<b>Vanhempien koulutustaso</b>		
Grande et al. (2021), Italia	Kansallinen rekisterikohortti (väestölaskenta + väestörekisteri + kuolemansyyrekisteri), 10–19 v (N=8 284 359), seuranta 2012–2016.	aHR 2.4 (1.4–4.2) (tytöt)
<b>Äidin ja tyttären ikäero ≥40 v (vs 25–39 v)</b>		
Grande et al. (2021), Italia	Kansallinen rekisterikohortti (väestölaskenta + väestörekisteri + kuolemansyyrekisteri), 10–19 v (N=8 284 359), seuranta 2012–2016.	aHR 2.3 (1.0–4.9) (tytöt)
<b>Uusperhe (vs ydinperhe)</b>		
Grande et al. (2021), Italia	Kansallinen rekisterikohortti (väestölaskenta + väestörekisteri + kuolemansyyrekisteri), 10–19 v (N=8 284 359), seuranta 2012–2016.	aHR 1.8 (1.2–2.7) (pojat)
<b>Yksinhuoltajaperhe (vs ydinperhe)</b>		
Grande et al. (2021), Italia	Kansallinen rekisterikohortti (väestölaskenta + väestörekisteri + kuolemansyyrekisteri), 10–19 v (N=8 284 359), seuranta 2012–2016.	aHR 1.6 (1.1–2.2) (pojat)
<b>Äidin nuori ikä ensimmäisessä synnytyksessä (MAFC)</b>		
Sujan et al. (2022), Ruotsi	Kansallinen rekisterikohortti (ensisyntyneet, >1 milj.), altisteena äidin ikä ensimmäisessä synnytyksessä.	HR 1.6 (1.3–1.9) (MAFC <20 vs 25–29)
Sujan et al. (2022), Ruotsi	Kansallinen rekisterikohortti (ensisyntyneet, >1 milj.), altisteena äidin ikä ensimmäisessä	HR 1.3 (1.1–1.4) (MAFC 20–24 vs

<b>Riskitekijä</b>	<b>Tutkimusasetelma</b>	<b>Odds ratio (OR) / Hazard ratio (HR) (95 % luottamusväli, jos ilmoitettu)</b>
	synnytyksessä.	25–29)

Taulukko 5. Ympäristöön liittyvät riskitekijät itsemurhayritykselle (SA)

<b>Riskitekijä</b>	<b>Tutkimusasetelma</b>	<b>Odds ratio (OR) / Hazard ratio (HR) (95 % luottamusväli, jos ilmoitettu)</b>
<b>Seksuaalinen hyväksikäyttö</b>		
Angelakis et al. (2020), Useita maita	Systemaattinen katsaus ja meta-analyysi, 79 tutkimusta (yht. N=337 185), lapset/nuoret 5–24 v (keski-ikä noin 15,7).	OR 3.4 (2.9–4.0)
Szmajda et al. (2024), Puola	Retrospektiivinen osastohoidon potilasaineisto (nuorisopsykiatrian osasto), 13–18 v (N=1 311), 2006–2015.	OR 1.7, p<0.001
<b>Emotionaalinen pahoinpitely</b>		
Angelakis et al. (2020), Useita maita	Systemaattinen katsaus ja meta-analyysi, 79 tutkimusta (yht. N=337 185), lapset/nuoret 5–24 v (keski-ikä noin 15,7).	OR 2.2 (1.4–3.6)
<b>Fyysinen pahoinpitely</b>		
Angelakis et al. (2020), Useita maita	Systemaattinen katsaus ja meta-analyysi, 79 tutkimusta (yht. N=337 185), lapset/nuoret 5–24 v (keski-ikä noin 15,7).	OR 2.2 (1.8–2.7)
<b>Emotionaalinen laiminlyönti</b>		
Angelakis et al. (2020), Useita maita	Systemaattinen katsaus ja meta-analyysi, 79 tutkimusta (yht. N=337 185), lapset/nuoret 5–24 v (keski-ikä noin 15,7).	OR 1.9 (1.4–2.7)
<b>Luvattomat koulupoissaolot</b>		
Szmajda et al. (2024), Puola	Retrospektiivinen osastohoidon potilasaineisto (nuorisopsykiatrian osasto), 13–18 v (N=1 311), 2006–2015.	OR 1.9, p<0.001
<b>Fyysinen laiminlyönti</b>		
Angelakis et al. (2020), Useita maita	Systemaattinen katsaus ja meta-analyysi, 79 tutkimusta (yht. N=337 185), lapset/nuoret 5–24 v (keski-ikä ~15,7).	OR 1.8 (1.3–2.5)
<b>Asuinalue: maaseutu vs kaupunki</b>		
Wang et al. (2023), Ranska	Koulupohjainen poikkileikkaustutkimus ("Portraits of Adolescents", 2013), 13–20-vuotiaat (N=14 265).	OR 1.8 (1.5–2.1)
<b>Luokalle jääminen</b>		
Wang et al. (2023), Ranska	Koulupohjainen poikkileikkaustutkimus ("Portraits of Adolescents", 2013), 13–20-vuotiaat (N=14 265).	OR 1.7 (1.5–2.0)
<b>Kiusaamisen uhriksi joutuminen</b>		
O'Reilly et al. (2021), Ruotsi	Pitkittäinen kaksoskohortti (CATSS), synt. 1994–1999 (N=13 852); kiusaaminen 15 v, itsensä	OR 1.3 (1.0–1.5)

Riskitekijä	Tutkimusasetelma	Odds ratio (OR) / Hazard ratio (HR) (95 % luottamusväli, jos ilmoitettu)
	vahingoittaminen/itsemurhayritys 18 v, kaksoisparivertailuasetelma	

Taulukko 6. Ympäristöön liittyvät tekijät itsemurhalle (SD)

Riskitekijä	Tutkimusasetelma	Odds ratio (OR) / Hazard ratio (HR) (95 % luottamusväli, jos ilmoitettu)
<b>Koulusta erottaminen</b>		
Diogu et al. (2025), Wales (UK)	Rekisteripohjainen kohorttitutkimus, koulunkäynti- ja terveystietojen yhdistäminen 2012/13–2018/19 (N=584 394).	aOR 2.3 (1.5–3.7)

### 3.2. Aikaisempi itsetuhoisen käyttäytyminen

Aikaisempi itsetuhoisuus, kuten itsensä vahingoittaminen ilman kuolemantoiivetta (NSSI), kuvataan kirjallisuuskatsaukseen valikoituneiden artikkelien mukaan yhdeksi merkittävimmistä tekijöistä nuoren itsemurhayrityksen tai itsemurhan taustalla. (Alvarez-Subiela ym., 2022; Cybulski ym., 2022; Diogu ym., 2025; Jollant ym., 2022; Pawley ym., 2025; Ross ym., 2023; Szmajda ym., 2024). Laajassa Pohjois-Irlannissa tehdyssä väestöpohjaisessa kohorttitutkimuksessa aikaisempi päivystykseen johtanut itseä vahingoittava teko liittyy noin 19-kertaiseen itsemurhariskiini verrattuna niihin, joilla ei ollut taustalla aiempaa päivystyseen johtanutta itseä vahingoittavaa tekoa. (aHR 19,0; 95% CI 12,8–28,2) (Ross ym., 2023). Lisäksi ranskalaisissa kansallisissa rekisterikohorteissa aikaisempi itsetuhoisuuteen liittyvä sairaalahoito ennustaa kohonnutta riskiä myöhemmälle itsemurhalle nuorilla, joilla oli taustalla mielenterveydenhäiriö (Goueslard ym., 2024; Jollant ym., 2022).

Myös aikaisempi itsemurhayritys on kuvattu useammassa artikkelissa merkittäväksi tekijäksi uuden itsemurhayrityksen, tai itsemurhan taustalla (Alvarez-Subiela ym., 2022; Lesinskienė ym., 2022). Aikaisempien tutkimusten mukaan sairaalahoitoon itsemurhayrityksen vuoksi joutuneista nuorista 48,7–56,4 %:lla on taustalla yksi tai useampi aikaisempi itsemurhayritys (Algarrada Vico ym., 2024; Lesinskienė ym., 2022). Päivystykseen itsemurhayrityksen vuoksi joutuneita nuoria seuranneessa tutkimuksessa 17 % yrittää uudelleen itsemurhaa 12 kk seurantajakson aikana. Aikaisempi NSSI lisää uusintayrityksen riskiä lähes kolminkertaiseksi (OR 2,7; 95 % CI 1,7–4,3),

ja NSSI on yleisempää uusintayrityksen tehneillä kuin ensikertalaisilla (81,3 % vs. 67,7 %) (Alvarez-Subiela ym., 2022; Lesinskienè ym., 2022).

### **3.3. Seksuaali- ja sukupuolivähemmistöihin kuuluminen**

Eurooppalaisissa tutkimuksissa todetaan, että seksuaalivähemmistöön kuuluvista nuorista itsemurhayrityksen kyselyhetken mennessä raportoitu elämänaikainen esiintyvyys on 21,7–30,7 %, kun taas heteroiksi identifioituvilla vastaava osuus on 5,8–10,6 %. Luvut perustuvat 17-vuotiaiden, sekä 13–20-vuotiaiden aineistoihin. (Patalay & Fitzsimons, 2021; Wang ym., 2023) Lisäksi seksuaalivähemmistöön kuuluminen on yhteydessä kohonneeseen itsemurhayrityksen riskiin verrattuna heteroihin (Khanolkar & Mazhari, 2024; O'Reilly, Pettersson, Donahue, ym., 2021).

Sukupuolivähemmistöön kuuluminen liittyy kohonneeseen itsemurhariskiin. Tutkimuksessa sukupuolivähemmistöön kuuluminen lisää itsemurhayrityksen riskiä verrattuna nuoriin, joiden sukupuoli-identiteetti vastaa syntymässä määriteltyä sukupuolta (RR 3,4; 95 % CI 2,5–4,8) (White ym., 2023). Lisäksi nuorilla, joiden sukupuoli-identiteetti ei vastaa syntymässä määriteltyä sukupuolta raportoidaan olevan korkeampi itsemurhakuolleisuus verrattuna vertailuryhmään (13/100 000 vs. 2,7/100 000 potilasvuotta, 14–17-vuotiaat) (Biggs, 2022).

### **3.4. Mielenterveyden häiriöt ja psyykkinen oireilu**

#### **3.4.1. Masennusoireet ja masennus**

Myös masennusoireet ovat useissa aineistoissa yhteydessä itsemurhayrityksiin. Iso-Britannian väestöaineistossa masennusoireiden itseilmoitettu suurempi määrä 14-vuotiaana on yhteydessä suurempaan todennäköisyyteen raportoida itsemurhayritys 17-vuotiaana (OR 1,1; 95 % CI 1.1–1.1) (Pawley ym., 2025). Pohjoismaisissa tutkimuksissa masennusoireita raportoidaan selkeästi useammin nuorilla, joilla on taustallaan itsemurhayritys (Danielsen, Strandberg-Larsen, Orri, ym., 2025) ja lisäksi masennukseen liittyvä oireilu tai diagnosoitu masennushäiriö tunnistetaan yhdeksi itsetuhoisuuteen liittyväksi keskeiseksi riskitekijäksi (Kaasbøll ym., 2021).

Väestöpohjaisessa rekisteritutkimuksessa todetaan, että masennus on vahvimmin itsemurhakuolemaan liittyvä tarkastelluista psykiatrisista diagnoosi- ja oirekategorioista. Masennusdiagnoosi tai masennusoireet ovat yhteydessä noin seitsemänkertaiseen

itsemurhakuoleman todennäköisyyteen verrattuna nuoriin ilman masennusta OR 7,4, 95 % CI 5,5–9,9 (Cybulski ym., 2022).

### 3.4.2. Ahdistuneisuus ja ahdistuneisuushäiriöt

Ahdistuneisuuteen liittyvät oireet ja häiriöt ovat useissa aineistoissa yleisiä nuorten itsemurhayritysten taustalla. Strukturoidun MINI (Mini International Neuropsychiatric interview)/MINI-KID (Mini International Neuropsychiatric interview for Children and Adolescents) haastattelun perusteella yleistynyt ahdistuneisuushäiriö todetaan 24,5–27,9 %:lla, paniikkihäiriö 16,9–21,2 %:lla ja sosiaalisten tilanteiden pelko 14,8–17,3 %:lla nuorista, joilla on taustalla itsemurhayritys. (García-Fernández ym., 2024; Gómez-Vallejo ym., 2025)

Ahdistuneisuushäiriö on myös itsemurhakuolemalle altistava diagnoosi (OR 3,3, 95 % CI 2,3–4,8) (Cybulski ym., 2022)

### 3.4.3. Syömishäiriöoireilu ja syömishäiriöt

Syömishäiriöihin liittyvä oireilu sekä erityisesti sairaalahoitoa vaatinut syömishäiriö näyttävät nuorilla merkittävinä itsetuhoiseen käyttäytymiseen ja itsemurhayrityksiin liittyvinä riskitekijöinä. Ranskassa tehdyssä valtakunnallisessa rekisteritutkimuksessa syömishäiriön vuoksi sairaalahoitoon joutuneilla nuorilla riski myöhemmälle sairaalahoitoa vaatineelle tahalliseksi itsensä vahingoittamiselle (itseä vahingoittava teko, joka voi sisältää NSSI:tä ja/tai SA) on selvästi kohonnut (aHR 46,0 95 % CI 32,3–65,3) (Duriez ym., 2023). Kouluterveyskyselyssä syömishäiriöriski (SCOFF  $\geq$  2) on yhteydessä selvästi kohonneeseen riskiin elämänaikaiselle itsemurhayritykselle, ja yhteys on voimakkaampi pojilla (RR 8,6, 95 % CI 8,0–9,1) kuin tytöillä (RR 3,8; 95 % CI 3,6–4,0). (Haravuori ym., 2021). Lisäksi norjalaisissa koneoppimismalleihin perustuvissa tutkimuksissa syömishäiriötyyppinen oireilu nousee yhdeksi keskeisistä indikaattoreista itsemurhayrityksen riskille ja itsemurhayritysten johdonmukaiselle raportoinnille. (Haghish, Czajkowski, ym., 2024; Haghish, Nes, ym., 2024). Väestöpohjaisessa rekisteritutkimuksessa todetaan, että syömishäiriö on yhteydessä kohonneeseen itsemurhakuoleman todennäköisyyteen. (OR 3,1, 95 % CI 1,5–6,3) (Cybulski ym., 2022).

### 3.4.4. Unettomuus

Unettomuus ja muut uniongelmat linkittyvät useissa aineistoissa itsemurhayrityksiin. Nuorisopsykiatrisessa osastohoidossa unettomuus on yleisempää nuorilla, joilla on taustallaan itsemurhayritys (79,0 % vs. 53,1 %) ja unettomuuteen liittyy suurempi todennäköisyys itsemurhayritykselle (OR 1,7,  $p=0.01$ ) (Baldini ym., 2025).

Väestöpohjaisessa syntymäkohortissa 14-vuotiaana raportoitu lyhyempi kokonaisaika vuoteessa koulupäivinä on yhteydessä suurempaan todennäköisyyteen raportoida itsemurhayritys 17 vuoden iässä. Jokainen tunti lisää uniaikaa vähentää itsemurhayrityksen todennäköisyyttä (OR 0,9, 95 % CI 0,80–1,0). Tiheämmät yölliset herätykset ovat myös yhteydessä suurempaan itsemurhayritysriskiin (OR 1,2, 95% CI 1,1 – 1,2) (Pawley ym., 2025).

Itsemurhayrityksiin liittyi lisäksi koulupäivinä myöhempi nukahtamisaika, pidempi nukahtamisviive ja lyhyempi kokonaisuniaika itsemurhayritystä edeltäneiden neljän viikon aikana (Rolling ym., 2024). Myös norjalaisessa väestöaineistossa koneoppimismallit tunnistavat unihäiriöiden kokonaisuuden yhdeksi keskeisistä itsemurhayritykseen liittyvistä riskikokonaisuuksista, kun päätapahtumana on itse raportoitu itsemurhayritys viimeisen 12 kk aikana (Haghigh, Nes, ym., 2024).

#### 3.4.5. Päihteiden käyttö

Tutkimuksissa myös päihteiden käyttö korostuu itsemurhayrityksen riskitekijänä. Valtakunnallisessa Kouluterveyskyselyssä päivittäinen tupakointi (pojat RR 5,0, 95 % CI 4,6–5,3, tytöt RR 4,3, 95 % CI 4,0–4,5), humalajuominen vähintään kerran kuukaudessa (pojat RR 3,8, 95 % CI 3,5–4,0, tytöt RR 2,5, 95 % CI 2,3–2,6) sekä kannabiksen kokeilu (pojat RR 5,8, 95 % CI 5,4–6,2, tytöt RR 4,1, 95 % CI 3,9–4,3) ovat yhteydessä selvästi kohonneeseen, vastaushetkeen mennessä raportoituun elämänaikaiseen itsemurhayritykseen. Yhteydet korostuvat pojilla, mutta ovat voimakkaita myös tytöillä. (Haravuori ym., 2021). Tanskalaisessa syntymäkohorttiaineistossa päihteisiin liittyvä riskikäyttäytyminen, erityisesti tupakointi sekä kannabiksen ja muiden huumeiden käyttö, on yleisempää 18-vuotiailla nuorilla, joilla on taustalla itsemurhayritys. (Danielsen, Strandberg-Larsen, Orri, ym., 2025)

#### 3.4.6. Aktiivisuuden ja tarkkaavuuden häiriö (ADHD) ja autismikirjon häiriö (ASD):

Neurokehityksellisten häiriöiden yhteys itsetuhoisuuteen nousee esiin useissa rekisteripohjaisissa tutkimuksissa. Eräässä kansallisessa kohortissa sekä ASD että ADHD liittyvät kohonneeseen itsemurhayritysten ilmaantuvuuteen, ja yhteys on voimakkaampi ADHD-diagnoosissa (aIRR 6,2, 95 % CI 5,9–6,6) kuin ASD-diagnoosissa (aIRR 3,2, 95 % CI 2,9–3,5). Myös nuorilla, joilla esiintyy samanaikaisesti ADHD ja ASD, itsemurhayrityksen riski on koholla (aIRR 3,8, 95 % CI 3,3–4,5). (Kölves ym., 2021). Toisessa tutkimuksessa sekä ADHD (OR 3,3, 95 % CI 3,1 – 3,4) että ASD (OR 2,4, 95 % CI 2,3 – 2,6) ovat yhteydessä ei-kuolemaan-johtaneeseen itsensä vahingoittamiseen, joka rekisteriaineistossa kattaa sekä NSSI:n että SA:n. (Cybulski ym., 2022).

Itsemurhakuolleisuutta tarkastelevissa rekisteritutkimuksissa sekä ASD että ADHD näyttävät lisäävän itsemurhariskiä. Tanskalaisessa rekisterikohortissa ASD liittyy suurentuneeseen itsemurhakuolleisuuteen (aIRR 3,8, 95 % CI 2,9–4,9) ja nuorilla, joilla esiintyy samanaikaisesti ADHD ja ASD riski on selvästi koholla, (aIRR 6,2, 95 % CI 3,7–10,5). (Kölves ym., 2021). Iso-Britanniassa tehdyssä tutkimuksessa ADHD- ja ASD-diagnoosit ovat pääosin samansuuntaisesti yhteydessä ei-kuolemaan-johtaneeseen itsensä vahingoittamiseen ja itsemurhakuolemaan, mutta ASD:n yhteys itsemurhakuolleisuuteen on epäselvempi kuin monilla muilla tarkastelluilla psykiatristen häiriöiden kategorioilla (Cybulski ym., 2022).

#### 3.4.7. Oppimisvaikeudet

Väestöpohjaisessa syntymäkohorttiaineistossa oppimiseen ja/tai ymmärtämiseen liittyvä itseraportoitu toimintarajoite on yhteydessä noin 3,6-kertaiseen todennäköisyyteen raportoida elämänaikainen itsemurhayritys 17 vuoden ikään mennessä verrattuna nuoriin ilman toimintarajoitteita. (APRR 3,6, 95% CI 2,7–4,9) (Emerson ym., 2024).

Nuorisopsykiatrista osastohoitoa koskevassa retrospektiivisessä tutkimuksessa oppimisvaikeudet olivat yhteydessä itsemurhayrityksiin erityisesti tytöillä. (Szmajda ym., 2024)

Kouluterveyskyselyn perusteella siihenastinen itseraportoitu elämänaikainen itsemurhayritys on yleisempää ammatillisissa oppilaitoksissa kuin lukioissa sekä pojilla (5,4 % vs 2,7 %) että tytöillä (13,9 % vs. 6,1 %), mikä viittaa itsemurhayritysten kasaantumisen myös oppilaitostyyppin mukaan.

#### 3.4.8. Tunnesäätelyn vaikeudet

Persoonallisuushäiriöihin liittyvä oireilu, erityisesti tunne-elämän epävakauteen liittyvät piirteet korostuvat osassa kliinisiä aineistoja itsemurhayrityksen taustalla. Eräässä seurantatutkimuksessa nuorilla, joilla on taustalla itsemurhayritys sekä persoonallisuushäiriö, tai siihen liittyviä piirteitä, esiintyy seurannassa itsemurhan uudelleenyritys verrattuna niihin, joilla uusintayritystä ei esiintynyt (33,3 % vs. 19,3 %). (Alvarez-Subiela ym., 2022). Vastaavasti nuorisopsykiatrisessa osastohoitoaineistossa, jossa nuoret ovat sairaalahoidossa itsemurhayrityksen vuoksi, epävakaan persoonallisuushäiriön piirteet ovat yleisiä (Mirkovic ym., 2021).

Käytöshäiriöoireilu kytkeytyy muutamassa tutkimuksessa itsemurhaan liittyvänä tekijänä. Pitkittäistutkimuksessa käyttäytymiseen liittyvää oireilua raportoivat nuoret raportoivat myös muita todennäköisemmin itsemurhayrityksen johdonmukaisesti seurannassa (aOR 1,1 95 % CI 1,01–1,08). (Haghigh, Czajkowski, ym., 2024).

### 3.4.9. Monihäiriöisyys

Diagnoosien kasaantuminen on yhteydessä suurentuneeseen riskiin itsemurhayritykselle ja itsemurhakuolemalle Iso-Britanniassa tehdyssä rekistereihin pohjautuvassa tutkimuksessa. Psykiatristen diagnoosikategorioiden määrän kasvu ennustaa ei-kuolemaan johtanutta itsensä vahingoittamista (NSSI/SA): kahden diagnoosikategorian yhteydessä (OR 8,9, 95 % CI 8,6 - 9,2), ja  $\geq 3$  diagnoosikategorian yhteydessä (OR 13,4, 95 % CI 12,3–14,6) verrattuna nuoriin ilman tiedossa olevaa psykiatrista diagnoosia.

Itsemurhakuolleisuuden osalta samassa yksi tai useampi psykiatrinen diagnoosikategoria on yhteydessä kohonneeseen itsemurhariskiin. Yhden diagnostisen oirekategorian vaikutus näkyy kohonneena itsemurhariskinä (OR 3,8, 95% CI 2,9 – 5,1) ja kahden tai useamman diagnoosikategorian yhteys nosti riskiä (OR 7,7, 95% CI 5,1 – 11,5) (Cybulski ym., 2022). Vastaavasti walesilaisessa koululaiskohortissa mielenterveyshäiriöiden komorbiditeettia kuvataan häiriöiden lukumääränä, ja vähintään kahden häiriön esiintyminen on yhteydessä kohonneeseen itsemurhariskiin. (kahden häiriön kohdalla aOR 1,8, 95% CI 1,0 – 3,1, ja kolmen tai useamman häiriön kohdalla aOR 1,9 95% CI 1,0 – 3,6) (Diogu ym., 2025).

## 3.5. Yksilötekijät

### 3.5.1. Ikä

län yhteys itsemurhakäyttäytymiseen näyttää aineistoissa erilaiselta sen mukaan, tarkastellaanko elinaikaista itsemurhayritystä, uudelleenyritystä vai itsemurhakuolleisuutta. Nuorisopsykiatrisessa osastohoidossa jokainen ikävuosi lisää on yhteydessä suurempaan itsemurhayrityksen todennäköisyyteen (OR 1,1, 95 % CI 1,0–1,2). (Baldini ym., 2025) Ranskalaisessa väestöpohjaisessa poikkileikkausaineistossa 17–18-vuotiailla elämänaikaisen itsemurhayrityksen raportointi on vähäisempää kuin 15–16-vuotiailla (OR 0,8, 95 % CI 0,7–0,9). (Wang ym., 2023). Espanjalaisessa seuranta-aineistossa yli 14-vuotiailla itsemurhayrityksen uusintariski oli pienempi kuin 14-vuotiailla tai sitä nuoremmilla (OR 0,5, 95 % CI 0,3–0,9), mikä tarkoittaa, että nuorempi ikä oli yhteydessä uusintayrityksen todennäköisyyteen. (Alvarez-Subiela ym., 2022) Walesissa tehdyssä rekisteripohjaisessa kohorttitutkimuksessa itsemurhakuolemat sijoituivat 15 ikävuoden jälkeiseen aikaan. Tutkimukseen osallistui koululaisia, jotka olivat 4–16-vuotiaita lukuvuosina 2012/2013–2018/2019, ja itsemurhatapauksia seurattiin vuoden 2021 loppuun asti. Alle 15-vuotiailla ei todettu itsemurhakuolemia, ja ilmaantuvuus 15-17 -vuotiailla on 31,3/100 000 (95 % CI 21,9 – 44,5) sekä 18-vuotta täyttäneillä (ikä kuolinhetkellä tai seurannan päättyessä) ilmaantuvuus 34,9/100 00 (95 % CI 28,2 – 43,1) (Diogu ym., 2025).

### 3.5.2. Vähäinen resilienssi

Resilienssi näyttäytyy kohorttiaineistossa itsemurhayrityksiin kytkeytyvänä tekijänä. Itsemurhaa yrittäneet nuoret kuvataan keskimäärin vähemmän resilientteinä (CD-RISC-mittarilla) kuin nuoret, joilla ei ole taustallaan itsemurhayritystä. (Kaasbøll ym., 2021)

### 3.5.3. Hoitoon liittyvät tekijät

Lisääntynyt hoidon tarve ja hoidon tiiveys ovat yhteydessä suurentuneeseen riskiin itsemurhayritykselle ja itsemurhakuolemalle Iso-Britanniassa tehdyssä rekistereihin pohjautuvassa tutkimuksessa. Hoidon tiiveys ( $\geq 5$  perusterveydenhuollon vastaanottokäyntiä vuoden aikana: OR 9,3, 95 % CI 9,0–9,6) sekä psykenlääkitys (esim. masennuslääke viimeisen vuoden aikana: OR 8,7, 95 % CI 8,4–8,9) ovat vahvasti yhteydessä kohonneeseen riskiin ei-kuolemaan johtaneelle itsensä vahingoittamiselle (NSSI/SA). Itsemurhakuolleisuuden osalta psykenlääkitys on yhteydessä kohonneeseen itsemurhariskiin (esim. masennuslääke viimeisen vuoden aikana OR 16,5, 95 % CI 11,5–23,6) . (Cybulski ym., 2022)

## 3.6. Perheeseen liittyvät riskitekijät

### 3.6.1. Sosioekonominen asema

Perheen matala sosioekonominen asema (mitattuna kotitalouden tuloilla) on yhteydessä kohonneeseen elämänaikaisen itsemurhayrityksen prevalenssiin väestöpohjaisessa 17-vuotiaiden kohorttiaineistossa. Itsemurhayrityksen siihenastinen elinaikaisesiintyvyys on kahdessa alimmassa tuloviidenneksessä noin kaksinkertainen (n. 12 %) verrattuna ylempiin tuloryhmiin (noin 6 %) (Patalay & Fitzsimons, 2021). Myös pitkittäistutkimuksessa matala sosioekonominen asema ennustaa suurempaa itsemurhayrityksen todennäköisyyttä 17 vuoden iässä (OR 2,2, 95 % CI 1,8–2,7) (Pawley ym., 2025).

Itsemurhakuoleman osalta vanhempien koulutustason yhteys ei näyttäydy suoraviivaisesti siten, että matala koulutustaso näyttäytyisi riskitekijänä. Rekisteripohjaisessa kohortissa vanhempien koulutustaso luokiteltiin kolmeen tasoon: alle toisen asteen koulutukseen, toiseen asteen koulutukseen sekä korkea-asteen koulutukseen. Selkein yhteys itsemurhakuoleman riskiin havaittiin vanhemman korkea-asteisessa koulutuksessa, ja se liittyi lapsen suurempaan itsemurhakuoleman riskiin (pojat HR 1,4, 95 % CI 1,0–2,0 ja tytöt HR 2,4 95 % CI 1,4–4,2). (Grande ym., 2021)

### 3.6.2. Vanhemman ja lapsen välinen ikäero

Erityisesti nuorten ensisynnyttäjien lasten on todettu yhdessä tutkimuksessa olevan kohonneessa itsemurhayrityksen (SA) riskissä: alle 20-vuotiaana ensisynnyttäneiden lapsilla SA-riski on vakioiduissa mallissa noin kaksinkertainen (HR 2,2 95 % CI 2,0–2,3) ja 20–24-vuotiaana ensisynnyttäneillä lievemmin kohonnut (HR 1,3, 95 % CI 1,3–1,4). Itsemurhakuoleman osalta äidin alle 20 vuoden ikä ensimmäisen lapsen syntyessä oli yhteydessä lapsen kohonneeseen itsemurhakuoleman riskiin (HR 1,6 95 % CI 1,3–1,9) (Sujan ym., 2022). Toisaalta myös suurempi äidin ja lapsen välinen ikäero ( $\geq 40$  vuotta) on yhteydessä tytöillä suurempaan itsemurhakuoleman riskiin (HR 2,3, 95 % CI 1,0–4,9), kun taas pojalla vastaava,  $\geq 40$  vuoden ikäero liittyy pienempään itsemurhariskiin (HR 0,3, 95 % CI 0,1–1,0). Vertailuryhmänä ovat ne, joiden äidin ja lapsen ikäero oli 25–39 vuotta. (Grande ym., 2021).

### 3.6.3. Vanhemman menetys

Vanhemman menettäminen näyttäytyy aiemman tutkimuksen valossa itsemurhayritykselle altistavana tekijänä. Väestöpohjaisessa poikkileikkausaineistossa itsemurhaa yrittäneet nuoret olivat todennäköisemmin menettäneet vähintään toisen vanhemmistaan, ja vanhemman menetys oli yhteydessä kohonneeseen elämänaikaiseen (13–20-vuotiaat, kyselyhetkeen mennessä raportoituun) itsemurhayrityksen todennäköisyyteen. (OR 1,7, 95 % CI 1,3–2,4). (Wang ym., 2023)

Itsemurhakuolemia tarkastellessa tutkimuksessa neljäsosalla nuorista raportoidaan taustalla läheisen kuolemaan liittyvä menetys. (Rodway ym., 2022)

#### **3.6.4. Vanhempien ero, erilaiset perhemuodot**

Vanhempien ero, yhden vanhemman perhe ja uusperhemuodot ovat aineistoissa yhteydessä nuorten itsetuhoisuuteen. Väestöaineistossa itsemurhayritys on yleisempää niillä nuorilla, jotka asuivat yhden vanhemman ja tämän kumppanin kanssa (4,5 %) kuin molempien vanhempien kanssa (1,8 %) (van Vuuren ym., 2021). Sairaalahoitoa vaatineissa itsemurhayrityksissä huomattava osa nuorista asuu yhden vanhemman kanssa tai on sijoitettuna. (Kinciniene ym., 2023; Lesinskienä ym., 2022). Rekisteripohjaisessa kohortissa yksinhuoltaja- ja uusperheessä asuminen oli yhteydessä kohonneeseen itsemurhakuoleman riskiin erityisesti pojilla. (Grande ym., 2021).

#### **3.6.5. Vanhempien mielenterveys- ja päihdehäiriöt:**

Vanhempien mielenterveyden häiriöt ja päihdehäiriöt näyttäytyvät nuorten itsemurhayritysten taustalla olevina riskitekijöinä. Sairaalahoitoa vaatineissa itsemurhayrityksissä vanhemman alkoholiriippuvuus tai muu päihderiippuvuus on yleinen taustatekijä, ja se on yleisempää uusintayrityksen tehneillä kuin ensiyrittäjillä (Kinciniene ym., 2023; Lesinskienä ym., 2022).

### **3.7. Ympäristöön liittyvät riskitekijät**

#### **3.7.1. Kaltoinkohtelu:**

Koettu kaltoinkohtelu on kuvattu useissa tutkimuksissa merkittäväksi itsemurhayrityksen riskitekijäksi nuorilla. Meta-analyysissä kaltoinkohtelun kaikki eri muodot ovat yhteydessä kohonneeseen itsemurhayrityksen riskiin. Voimakkain yhteys on todettu seksuaalisella väkivallalla (OR 3,4 95 % CI 2,9–4,0), mutta myös fyysinen väkivalta (OR 2,2 95 % CI 1,8–2,7) ja emotionaalinen väkivalta (OR 2,2, 95 % CI 1,4–3,6) ovat yhteydessä kohonneeseen

itsemurhayrityksen riskiin. Lisäksi emotionaalinen laiminlyönti (OR 1,9, 95 % CI 1,4–2,7) sekä fyysinen laiminlyönti (OR 1,8, 95 % CI 1,3–2,5) ovat yhteydessä suurentuneeseen itsemurhayrityksen riskiin. (Angelakis ym., 2020) Kliinisissä aineistoissa esiin nousee erityisesti emotionaalinen väkivalta, joka on yhteydessä suurempaan aikaisempien yritysten määrään ja korreloi myös muun itsetuhoisen käyttäytymisen kanssa. (García-Fernández ym., 2024; Gómez-Vallejo ym., 2025)

### 3.7.2. Kiusaaminen

Kiusaaminen ja erityisesti koulukiusatuksi joutuminen yhdistetään useissa artikkeleissa nuorten itsetuhoisuuteen. Viikoittainen koulukiusatuksi joutuminen on yhteydessä suurempaan elämänaikaiseen itsemurhayrityksen raportointiin kouluterveyskyselyssä (tytöillä RR 3,8, 95 % CI 3,6–4,0, pojilla RR 7,0, 95 % CI 6,6–7,5) (Haravuori ym., 2021). Kiusatuksi joutuminen on yhteydessä myöhempään itsemurhayritykseen myös sen jälkeen, kun keskeisiä taustatekijöitä on huomioitu analyyseissä (OR 1,3, 95 % CI 1,0–1,5) (O'Reilly, Pettersson, Quinn, ym., 2021). Kliinisessä aineistossa kiusaaminen näyttäytyy yleisenä taustatekijänä itsemurhaa yrittäneillä: 69,1 % raportoi tulleen kiusaamisen kohteeksi. (Algarrada Vico ym., 2024) Kiusaamista raportoivat useammin myös ne nuoret, jotka yrittivät itsemurhaa uudelleen seurantajakson (12 kk) aikana (22,6 % vs. 12,3 %) (Alvarez-Subiela ym., 2022).

### 3.7.3. Kouluympäristö

Koulunkäynnin ongelmat liittyvät useissa aineistoissa nuorten itsemurhayrityksiin. Psykiatrisen osastohoidon potilasaineistossa luvattomat poissaolot ovat itsenäisesti yhteydessä itsemurhayritykseen, ja yhteys säilyi useissa monimuuttujamalleissa (OR 1,8–2,4,  $p < 0,001$  kaikissa malleissa), vaikka 95 % luottamusvälejä ei raportoitu taulukossa. (Szmajda ym., 2024). Myös luokalle jääminen on yhteydessä kohonneeseen itsemurhayrityksen todennäköisyyteen (OR 1,7, 95 % CI 1,5–2,0) (Wang ym., 2023). Itsemurhakuoleman osalta rekisteripohjaisessa kohorttitutkimuksessa korostuu erityisesti koulusta erottaminen, joka on yhteydessä myöhempään itsemurhakuoleman riskiin (aOR 2,3; 95 % CI 1,5–3,7), kun taas pelkät pitkittyneet poissaolot (sisältäen luvattomat ja luvalliset poissaolot) eivät näyttäneet yhtä selkeänä itsemurhakuoleman riskitekijänä (aOR 1,0, 95 % CI 0,6–1,7). (Diogu ym., 2025).

### 3.7.4. Elinympäristö

Elinympäristön suhteen asuinalueen kaupunki- tai maaseutumaisuus on yhteydessä nuorten itsemurhayrityksiin ja itsemurhakuolemaan. Yhteyden suunta vaihtelee päätapahtuman ja sukupuolen mukaan. Koulupohjaisessa aineistossa maaseutualueella asuminen on yhteydessä kohonneeseen kyselyhetkeen mennessä raportoituun elämänaikaisen itsemurhayrityksen todennäköisyyteen 13–20-vuotialla nuorilla verrattuna kaupunkialueeseen (OR 1,8, 95 % CI 1,5–2,1). (Wang ym., 2023) Itsemurhakuolemaa tarkastelevassa rekisterikohortissa kaupunkialueella asuminen oli pojilla yhteydessä pienempään itsemurhakuoleman riskiin (HR 0,5, 95 % CI 0,4–0,7, kun taas tytöillä vastaavaa yhteyttä ei havaittu. (Grande ym., 2021).

### 3.8. Suojaavat tekijät

Aineistossa suojaavia tekijöitä kuvattiin yksilö-, koulu ja perhetasolla sekä osin myöskin palvelujärjestelmän tasolla. Väestöpohjaisessa pitkittäistutkimuksessa myönteinen minäkuva, erityisesti itsearvostus ja sosiaalinen kompetenssi, sekä koulussa viihtyminen liittyvät pienempään itsemurhayrityksen todennäköisyyteen vuoden seurannassa (itsearvostus: tytöt OR 0,3, 95 % CI 0,2–0,5, pojat OR 0,3, 95 % CI 0,2–0,6, sosiaalinen kompetenssi tytöt OR 0,5, 95 % CI 0,35–0,80, pojat OR 0,2, 95 % CI 0,1–0,4, koulussa viihtyminen: tytöt OR 0,5, 95 % CI 0,3–0,7, pojat OR 0,3, 95 % CI 0,2–0,5) (Bakken ym., 2025). Lisäksi väestöaineistossa suojaaviksi tekijöiksi nousevat optimismi tulevan koulutuksen ja uran suhteen sekä tyytyväisyys itseensä (Haghighi, Nes, ym., 2024). Fyysisen aktiivisuuden osalta tulokset ovat osin ristiriitaisia: osastopotilailla fyysinen aktiivisuus on suojaava tekijä itsemurhayritykselle (OR 0,7, p=0,02) (Baldini ym., 2025), mutta väestöaineistossa se näkyy selkeämmin vähäisempinä itsemurha-ajatuksina, eikä yhteys itsemurhayrityksiin ollut merkitsevä (Bakken ym., 2025).

Väestöpohjaisessa poikkileikkausaineistossa perhetasolla vanhempien tuki on johdonmukaisesti yhteydessä pienempään itsemurhayritysten riskiin (aOR 0,5, 95% CI 0,4–0,5) (Wang ym., 2023). Palvelujärjestelmän tasolla Ruotsissa tehdyssä alueilla, joissa vaikeita mielenterveydenhäiriöitä hoidetaan aktiivisemmin (klotsapiinin, ECT:n ja litiumin suurempi alueellinen käyttö), nuorten itsemurhakuolleisuus on matalampaa erityisesti pojilla (Desai Boström ym., 2023).

### 3.9. Sukupuolten väliset erot

Tytöillä itsemurhayritykset ovat useissa aineistoissa poikia yleisempiä, kun taas itsemurhakuolemat painottuvat poikiin. Kahdessa väestöaineistossa viimeisen 12 kk aikana raportoidun itsemurhayrityksen prevalenssi on tytöillä 1,4–3,6 % ja pojilla 0,7–1,1%. Tanskalaisessa syntymäkohortissa 18-vuotiailla elämänaikaisen itsemurhayrityksen prevalenssi on 5,7 % ja pojilla 2,7 % (Danielsen, Strandberg-Larsen, Hawton, ym., 2025; van Vuuren ym., 2021). Sen sijaan poikien osuus itsemurhakuolemista on 55–74 %, ja itsemurhakuolleisuus pojilla on 1,7/100 000 henkilövuotta, kun taas tytöillä 0,65/100 000. (Grande ym., 2021; Junuzovic ym., 2022). Tekotavoissa tytöillä korostuu lääkeaineyliannostus, kun taas pojilla korostuu useammin letaalimmat menetelmät, kuten hirttäytyminen (Kinciniene ym., 2023; Ross ym., 2023). Lisäksi itsensä vahingoittamisen jälkeen (itsensä vahingoittaminen riippumatta teon itsetuhoisesta tarkoituksesta) itsemurhakuoleman riski on pojilla suurempi (aHR 2,0, 95 % CI 0,99–4,23).

#### 4. Pohdinta

Tässä kirjallisuuskatsauksessa analysoitiin 50 tutkimusartikkelia, joissa tarkasteltiin riskitekijöitä nuoren itsemurhayrityksen tai itsemurhan taustalla. Näiden riskien suuruusluokkaa kuvattiin kirjallisuuskatsauksessa epidemiologisilla assosiaatiomitoilla silloin, kun niitä oli tutkimuksissa saatavilla. Erityisen johdonmukaisesti kirjallisuudessa merkittäviksi riskitekijöiksi nousivat aikaisempi itsetuhoinen käyttäytyminen ja aikaisemmat itsemurhayritykset. Voimakas yhteys sekä itsemurhayrityksiin että itsemurhakuolemiin havaittiin olevan myös syömishäiriön vuoksi tapahtuneella sairaalahoidon sekä lisääntyneellä palveluiden käytöllä.

Mielenterveyden häiriöistä masennus oli vahvimmin yhteydessä sekä itsemurhayrityksiin että itsemurhakuolemiin, mutta myös ahdistuneisuushäiriöt olivat yhteydessä molempiin. Syömishäiriöoireilu liittyi selvästi kohonneeseen riskiin erityisesti itsemurhayritysten osalta. Myös neuropsykiatriset häiriöt tunnistettiin kohonnutta riskiä ennustaviksi tekijöiksi sekä itsemurhayritysten että osin itsemurhakuolemien osalta. Päihteiden käyttö nousi aineistossa esiin merkittävänä riskitekijänä erityisesti itsemurhayrityksille, vaikka päihdehäiriöt näyttäytyivät myös itsemurhakuolemiin myötävaikuttavina tekijöinä. Lisäksi sukupuoli- ja seksuaalivähemmistöihin kuuluminen oli useassa tutkimuksessa johdonmukaisesti yhteydessä suurempaan itsemurhayrityksen tai itsemurhan riskiin. Perhe- ja ympäristötasolla varsinkin emotionaalinen ja seksuaalinen kaltoinkohtelu lisäsivät riskiä itsemurhayritykselle merkittävästi. Lisäksi vertaisten

kiusaaminen ja koulukiusaaminen olivat paljon tutkittuja ja johdonmukaisesti riskiä lisääviä tekijöitä erityisesti itsemurhayrityksen osalta.

Itsemurhayritysten ja itsemurhan riskitekijöissä on paljon päällekkäisyyttä, mutta kaikki löydökset eivät ole täysin yhteneviä. Näin ollen riskiprofiilit eroavat jonkin verran toisistaan.

Itsemurhayrityksiin liittyi laajemmin oireita ja kuormittavia tekijöitä, ja ne ovat selvästi yleisempiä tytöillä. Itsemurhakuolemien riskitekijöissä korostuivat poikasukupuoli, vanhempi ikä, aikaisempi itsensä vahingoittaminen sekä letaalimmat menetelmät.

Katsauksessa tunnistetut riskitekijät eivät kuitenkaan kehity yksinään tyhjiössä, vaan ne muodostuvat vuorovaikutuksessa nuoruusiän kehityksen, elinolosuhteiden, läheissuhteiden ja laajemman yhteiskunnallisen tilanteen sekä ilmapiirin kanssa. Yhdessä nämä tekijät voivat muokata yksittäisen riskitekijän vaikutusta sekä vähentää että lisätä kuormitusta ja haavoittuvuutta. Viime vuosina on kiinnitetty huomiota nuorten lisääntyneeseen psyykkiseen kuormittuneisuuteen ja hyvinvoinnin polarisoitumiseen. Itsetuhoisuutta ei ole perusteltua tarkastella pelkästään yksilön ongelmana, vaan sen taustalla on huomioitava myös perheeseen, elinympäristöön ja yhteiskunnallisiin rakenteisiin liittyvät tekijät. Suomessa tehdyssä tutkimuksessa havaittiin, että noin puolella alle 25-vuotiaana itsemurhaan kuolleista oli ollut kontakti terveydenhuoltoon kuolemaa edeltäneen viikon aikana (Holm, Minna ym., 2026), mikä korostaa terveydenhuollon kontaktien merkitystä riskien tunnistamisessa ja oikea-aikaisessa puuttumisessa.

Ennaltaehkäisyn näkökulmasta pelkkien riskitekijöiden tunnistaminen on siis tärkeää, mutta se ei yksinään riitä. Niiden rinnalla on vahvistettava myös suojaavia tekijöitä, jotka kannattelevat nuorta kuormittavissa tilanteissa ja vähentävät kuormituksen kasaantumista. Vaikka katsauksessa keskityttiin riskitekijöitä käsitteleviin tutkimuksiin, läpikäydyn kirjallisuuden perusteella ehkäisyn kannalta keskeisiä ovat turvalliset ihmissuhteet, vanhempien ja muun lähipiirin tuki sekä hyvä avun saavutettavuus. Käytännön työssä olennaista onkin arvioida nuoren tilannetta kokonaisuutena, tunnistaa varhaiset itsetuhoisuuden merkit, ottaa perhe mukaan hoitosuhteeseen, järjestää tarvittavaa tukea riittävän varhain sekä varmistaa tuen jatkuvuus.

Tämän narratiivisen kirjallisuuskatsauksen tuloksia tulkittaessa on otettava huomioon useita rajoitteita. Tutkimuksissa käytetyt itsetuhoisuuden määritelmät vaihtelivat, ja erityisesti itsemurhayrityksen ja tahallisen itsensä vahingoittamisen ilman kuolemantoivetta (NSSI) välinen raja ei aina ollut selkeä. Lisäksi tutkimusmenetelmät tavoittavat erilaisia nuorten ryhmiä sen

mukaan, miten itsemurhayrityksiä on tutkimuksissa määritetty ja tunnistettu. Laajoihin väestötantoihin ja itsearviointiin perustuvissa kyselytutkimuksissa mukana ovat myös ne nuoret, joiden itsemurhayritys ei ole johtanut terveydenhuollon kontaktiin eikä nuoren itse raportoima kokemus psyykkisestä oireilusta välttämättä ole sama kuin rekistereistä kerätty diagnoositieto. Sairaala-aineistossa tapaukset taas painottuvat itsearviointiin verrattuna vakavampiin ja palveluiden piiriin päätyneisiin.

Lisäksi vain osa katsaukseen sisältyneistä tutkimuksista vastasi täysin ennalta asetettuja ikärajoja, sillä osassa tutkimuksista ikärajat olivat tavoiteltua laajemmat. Aineisto painottui itsemurhayrityksiä käsitteleviin tutkimuksiin enemmän kuin itsemurhakuolleisuutta käsitteleviin tutkimuksiin. Nuorilla itsemurhakuolema on suhteellisen harvinainen päätetapahtuma, joka vaikeuttaa analyysia ja riskitekijöiden yleistämistä. Lisäksi kirjallisuushaku rajattiin yhteen tietokantaan, englanninkielisiin julkaisuihin ja julkaisuvuosiin 2020–2025, mikä on voinut rajata katsauksen ulkopuolelle relevantteja tutkimuksia. Riskitekijöiden voimakkuutta kuvattiin lisäksi useilla eri assosiaatiomitoilla, mikä vaikeuttaa tulosten suoraa vertailua. Näin ollen katsaus kuvaasi riskitekijöiden suuntaa, toistuvuutta ja kasaantumista, mutta ei täysin yhtenäistä riskiprofiilia.

Nuorten itsetuhoisuus, erityisesti itsemurhayritykset ja itsemurhakuolemat ovat merkittäviä inhimillisen kärsimyksen aiheuttajia niin yksilölle itselleen, kuin hänen lähipiirilleen ja yhteiskunnallekin. Yksittäisen itsemurhayrityksen tai itsemurhakuoleman ennustaminen on vaikeaa. Ennaltaehkäisyn kehittäminen ja vahvistaminen ovat avainasemassa erityisesti kohonneessa riskissä olevien nuorten kohdalla. Jotta ennaltaehkäisyä ja hoitoa voidaan kohdentaa tehokkaammin, on tärkeää tunnistaa itsemurhayritysten ja itsemurhakuolemien taustalla olevia riskitekijöitä. Näin voidaan puuttua varhaisessa vaiheessa riskitekijöiden syntymiseen ja niiden kasaantumiseen.

## 5. Lähdeluettelo

- Algarrada Vico, L., Martínez-Sánchez, L., Baena Olomí, I., Benito Caldés, C., Rodríguez Varela, A., López-Corominas, V., Gaitero Tristán, J., Mangione Cardarella, L., Peñalba Cítores, A., Muñoz Bernal, J. Á., Azkunaga Santibáñez, B., Humayor Yáñez, F. J., Rodríguez Mesa, M. D., Clerigué Arrieta, N., Benito Pastor, H., Miguel Lavisier, B. D., Pociello Almiñana, N., Pizà Oliveras, A., Gómez Garrido, P., ... Grupo de Trabajo de Intoxicaciones de la Sociedad Española de Urgencias de Pediatría. (2024). Multicenter study of adolescent suicide attempts by poisoning: Social, epidemiological, and clinical characteristics. *Emergencias: Revista De La Sociedad Espanola De Medicina De Emergencias*, 36(6), 438–446.  
<https://doi.org/10.55633/s3me/061.2024>
- Alvarez-Subiela, X., Castellano-Tejedor, C., Verge-Muñoz, M., Esnaola-Letemendia, K., Palao-Vidal, D., Villar-Cabeza, F., Alvarez-Subiela, X., Castellano-Tejedor, C., Verge-Muñoz, M., Esnaola-Letemendia, K., Palao-Vidal, D., & Villar-Cabeza, F. (2022). Predictors of Suicide Re-Attempt in a Spanish Adolescent Population after 12 Months' Follow-Up. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 19(13).  
<https://doi.org/10.3390/ijerph19137566>
- Angelakis, I., Austin, J. L., & Gooding, P. (2020). Association of Childhood Maltreatment With Suicide Behaviors Among Young People. *JAMA Network Open*, 3(8), e2012563.  
<https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2020.12563>
- Aronen, E., Laukkanen, E., Sourander, A., Ebeling, H., Marttunen, M., Kumpulainen, K., & Puura, K. (2025). *Lastenpsykiatria ja nuorisopsykiatria*. Kustannus Oy Duodecim.  
<https://www.oppiortti.fi/opk04607>
- Bakken, V., Lydersen, S., Skokauskas, N., Sund, A. M., & Kaasbøll, J. (2025). Protective factors for suicidal ideation and suicide attempts in adolescence: A longitudinal population-based

cohort study examining sex differences. *BMC Psychiatry*, 25, 106.

<https://doi.org/10.1186/s12888-025-06552-6>

Baldini, V., Gnazzo, M., Maragno, M., Biagetti, R., Stefanini, C., Canulli, F., Varallo, G., Donati, C., Neri, G., Fiorillo, A., & Plazzi, G. (2025). Suicidal risk among adolescent psychiatric inpatients: The role of insomnia, depression, and social-personal factors. *European Psychiatry*, 68(1), e42. <https://doi.org/10.1192/j.eurpsy.2025.29>

Biggs, M. (2022). Suicide by Clinic-Referred Transgender Adolescents in the United Kingdom. *Archives of Sexual Behavior*, 51(2), 685–690. <https://doi.org/10.1007/s10508-022-02287-7>

Cybulski, L., Ashcroft, D. M., Carr, M. J., Garg, S., Chew-Graham, C. A., Kapur, N., & Webb, R. T. (2022). Risk factors for nonfatal self-harm and suicide among adolescents: Two nested case–control studies conducted in the UK Clinical Practice Research Datalink. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 63(9), 1078–1088. <https://doi.org/10.1111/jcpp.13552>

Danielsen, S., Strandberg-Larsen, K., Hawton, K., Nordentoft, M., Erlangsen, A., & Madsen, T. (2025). The iceberg model of suicidal ideation and behaviour in Danish adolescents: Integration of national registry and self-reported data within a national birth cohort. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 34(2), 611–621. <https://doi.org/10.1007/s00787-024-02503-w>

Danielsen, S., Strandberg-Larsen, K., Orri, M., Nordentoft, M., Erlangsen, A., & Madsen, T. (2025). Mental health, risk behaviors, and social life factors in relation to adolescents' suicide ideation, plans and attempt. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 34(6), 1945–1958. <https://doi.org/10.1007/s00787-024-02616-2>

Desai Boström, A. E., Andersson, P., Rask-Andersen, M., Jarbin, H., Lundberg, J., & Jokinen, J. (2023). Regional clozapine, ECT and lithium usage inversely associated with excess suicide rates in male adolescents. *Nature Communications*, 14, 1281. <https://doi.org/10.1038/s41467-023-36973-4>

- Diogu, M. I., Lee, S. C., Del Pozo-Banos, M., Rouquette, O. Y., & John, A. (2025). Risk of suicide following school persistent absence and exclusion: An electronic cohort study in Wales, UK 2012–2019. *Journal of Affective Disorders*, *385*, 119394.  
<https://doi.org/10.1016/j.jad.2025.119394>
- Doran, C. M., & Kinchin, I. (2020). Economic and epidemiological impact of youth suicide in countries with the highest human development index. *PloS One*, *15*(5), e0232940.  
<https://doi.org/10.1371/journal.pone.0232940>
- Duriez, P., Goueslard, K., Treasure, J., Quantin, C., & Jollant, F. (2023). Risk of non-fatal self-harm and premature mortality in the three years following hospitalization in adolescents and young adults with an eating disorder: A nationwide population-based study. *International Journal of Eating Disorders*, *56*(8), 1534–1543. <https://doi.org/10.1002/eat.23974>
- Emerson, E., Aitken, Z., Arciuli, J., King, T., Llewellyn, G., & Kavanagh, A. (2024). Self-Harm Among 17-Year-Old Adolescents With/Without Disabilities in the United Kingdom. *Crisis*. (world). <https://econtent.hogrefe.com/doi/10.1027/0227-5910/a000951>
- García-Fernández, A., Martínez-Cao, C., Sánchez-Fernández-Quejo, A., Bobes-Bascarán, T., Andreo-Jover, J., Ayad-Ahmed, W., Cebriá, A. I., Díaz-Marsá, M., Garrido-Torres, N., Gómez, S., González-Pinto, A., Grande, I., Iglesias, N., March, K. B., Palao, D. J., Pérez-Díez, I., Roberto, N., Ruiz-Veguilla, M., de la Torre-Luque, A., ... García-Portilla, M. P. (2024). Validation of the Spanish Childhood Trauma Questionnaire-Short Form in adolescents with suicide attempts. *Frontiers in Psychology*, *15*, 1378486.  
<https://doi.org/10.3389/fpsyg.2024.1378486>
- Gómez-Vallejo, S., Díaz-Marsa, M., Fernández Rodrigues, V., Andreo-Jover, J., Bobes-Bascarán, T., Cebrià, A. I., Crespo Facorro, B., Garrido-Torres, N., González-Pinto, A., Jiménez-Teviño, L., Lara, E., Lopez-Peña, M. P., Palao-Tarrero, A., Palao, D. J., Pérez, V., Ruiz-Veguilla, M., Sáiz, P. A., Sánchez-Carro, Y., de la Torre-Luque, A., ... Tur, N. (2025). The role of

childhood maltreatment and mental health disorders on suicidal behaviour in adolescents.

*Child Abuse & Neglect*, 159, 107151. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2024.107151>

Goueslard, K., Quantin, C., & Jollant, F. (2024). Self-harm and suicide death in the three years following hospitalization for intentional self-harm in adolescents and young adults: A nationwide study. *Psychiatry Research*, 334, 115807. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2024.115807>

Grande, E., Vichi, M., Alicandro, G., Simeoni, S., Murianni, L., Marchetti, S., Zengarini, N., Frova, L., & Pompili, M. (2021). Suicide among adolescents in Italy: A nationwide cohort study of the role of family characteristics. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 30(7), 1037–1045. <https://doi.org/10.1007/s00787-020-01591-8>

Haghighi, E. F., Czajkowski, N., Walby, F. A., Qin, P., & Laeng, B. (2024). Suicide attempt risk predicts inconsistent self-reported suicide attempts: A machine learning approach using longitudinal data. *Journal of Affective Disorders*, 355, 495–504. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2024.03.133>

Haghighi, E. F., Nes, R. B., Obaidi, M., Qin, P., Stänicke, L. I., Bekkhus, M., Laeng, B., & Czajkowski, N. (2024). Unveiling Adolescent Suicidality: Holistic Analysis of Protective and Risk Factors Using Multiple Machine Learning Algorithms. *Journal of Youth and Adolescence*, 53(3), 507–525. <https://doi.org/10.1007/s10964-023-01892-6>

Haravuori, H., Kiviruusu, O., Lindgren, M., Therman, S., Aalto-Setälä, T., & Marttunen, M. (2021). Nuorten itsetuhoisuuden esiintyvyys—Kouluterveyskyselyn 2021 tuloksia. *Terveiden ja hyvinvoinnin laitos THL*.

Holm, Minna, Grainger, Marjut, Suvisaari, Jaana, Kiviruusu, Olli, & Partonen, Timo. (2026). Nuorten ja nuorten aikuisten itsemurhat Suomessa vuosina 2016–2023. *Duodecim*, 142, 63–69.

- Honkatukia, Päivi, Kallio, Jenni, & Ågren, Susanna. (2025). Nuorten mielenterveyskriisillä on yhteiskunnallinen tausta. *Suomen Lääkärilehti*, 80, e44740.
- Jollant, F., Goueslard, K., Hawton, K., & Quantin, C. (2022). Self-harm, somatic disorders and mortality in the 3 years following a hospitalisation in psychiatry in adolescents and young adults. *Evidence-Based Mental Health*, 25(4), 177–184.  
<https://doi.org/10.1136/ebmental-2021-300409>
- Junuzovic, M., Lind, K. M. T., & Jakobsson, U. (2022). Child suicides in Sweden, 2000–2018. *European Journal of Pediatrics*, 181(2), 599–607. <https://doi.org/10.1007/s00431-021-04240-7>
- Kaasbøll, J., Sigurdson, J. F., Skokauskas, N., & Sund, A. M. (2021). Cohort profile: The Youth and Mental Health Study (YAMHS) – a longitudinal study of the period from adolescence to adulthood. *PLoS ONE*, 16(2), e0247036. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0247036>
- Khanolkar, A. R., & Mazhari, T. (2024). Ethnic and sexual orientation inequalities in mental health-obesity comorbidity, self-harm, and attempted suicide among British adolescents. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 59(9), 1471–1482.  
<https://doi.org/10.1007/s00127-024-02658-6>
- Kinciniene, O., Sambaras, R., Lesinskaite, A., Zilinskaite, V., & Lesinskiene, S. (2023). Psychosocial Aspects of Deliberate Physical Suicide Attempts by Children and Adolescents. *Clinical Pediatrics*, 62(8), 885–893. <https://doi.org/10.1177/00099228221145106>
- Kiviruusu, Olli, Silén, Yasmina, Haravuori, Henna, & Marttunen, Mauri. (2025). Nuorten mielenterveysoireet ovat lisääntyneet. 141(8), 615–617.
- Kölves, K., Fitzgerald, C., Nordentoft, M., Wood, S. J., & Erlangsen, A. (2021). Assessment of Suicidal Behaviors Among Individuals With Autism Spectrum Disorder in Denmark. *JAMA Network Open*, 4(1), e2033565. <https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2020.33565>



*Advances: A Journal of the Sleep Research Society*, 6(4), zpaf062.

<https://doi.org/10.1093/sleepadvances/zpaf062>

Pitman, A., Osborn, D., King, M., & Erlangsen, A. (2014). Effects of suicide bereavement on mental health and suicide risk. *The Lancet. Psychiatry*, 1(1), 86–94.

[https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(14\)70224-X](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(14)70224-X)

Riala, K. (2022). *Itsetuhoisuuden ja itsensä vahingoittamisen eri muodot*.

Rodway, C., Ibrahim, S., Tham, S.-G., Turnbull, P., Kapur, N., & Appleby, L. (2022). Bereavement and suicide bereavement as an antecedent of suicide in children and young people: Prevalence and characteristics. *Journal of Affective Disorders*, 300, 280–288.

<https://doi.org/10.1016/j.jad.2021.12.063>

Rolling, J., Ligier, F., Rabot, J., Bourgin, P., Reynaud, E., & Schroder, C. M. (2024). Sleep and circadian rhythms in adolescents with attempted suicide. *Scientific Reports*, 14, 8354.

<https://doi.org/10.1038/s41598-024-57921-2>

Ross, E., O'Reilly, D., O'Hagan, D., & Maguire, A. (2023). Mortality risk following self-harm in young people: A population cohort study using the Northern Ireland Registry of Self-Harm. *Journal of Child Psychology and Psychiatry, and Allied Disciplines*, 64(7), 1015–1026.

<https://doi.org/10.1111/jcpp.13784>

Sujan, A. C., O'Reilly, L. M., Rickert, M. E., Larsson, H., Lichtenstein, P., Oberg, A. S., & D'Onofrio, B. M. (2022). A Nation-Wide Swedish Cohort Study on Early Maternal Age at First Childbirth and Risk for Offspring Deaths, Accidents, and Suicide Attempts. *Behavior Genetics*, 52(1), 38–47. <https://doi.org/10.1007/s10519-021-10091-7>

Suomalainen, L., Seilo, N., Haravuori, Henna, & Marttunen, Mauri. (2018). *Nuoren viiltely ja muu itsetuhoainen käyttäytyminen*. 134(8), 857–864.

Szmajda, R., Mokros, Ł., Szmajda-Krygier, D., & Gmitrowicz, A. (2024). Factors associated with suicide attempt risk in adolescent inpatient psychiatric care: Toward a practical model.

*European Child & Adolescent Psychiatry*, 33(6), 1875–1881.

<https://doi.org/10.1007/s00787-023-02272-y>

Terveyden ja hyvinvoinnin laitos (THL). (2026). *Sotkanet.fi, Tilasto- ja indikaattoripankki:*

*Tulostaulukko*. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos (THL).

<https://sotkanet.fi/sotkanet/fi/kaavio?>

[indicator=s\\_atijcEAA==&region=s07MBAA=&year=sy5zs67S0zUEAA==&gender=m;f;t  
&t=line](https://sotkanet.fi/sotkanet/fi/kaavio?indicator=s_atijcEAA==&region=s07MBAA=&year=sy5zs67S0zUEAA==&gender=m;f;t&t=line)

Tilastokeskus. (2024). *Kuolleet tilaston peruskuolemansyyn (aikasarjaluokitus), iän ja sukupuolen mukaan, 1969–2024* (No. 11az). Tilastokeskus.

[https://pxdata.stat.fi/PxWeb/pxweb/fi/StatFin/StatFin\\_\\_ksyyt/statfin\\_ksyyt\\_pxt\\_11az.px/](https://pxdata.stat.fi/PxWeb/pxweb/fi/StatFin/StatFin__ksyyt/statfin_ksyyt_pxt_11az.px/)

Toikkanen, Ulla. (2024, marraskuuta 28). *Nuorten huumekuolemat lähes kaksinkertaistuivat*.

Lääkärilehti. Lääkärilehti.fi. <https://www.laakarilehti.fi/terveydenhuolto/nuorten-huumekuolemat-lahes-kaksinkertaistuivat/?public=a66eb646f3d86599fc47a9fc52ab2c2e>

UNICEF Innocenti – Global Office of Research and Foresight. (2025). *Child well-being in an unpredictable world* (Innocenti Report Card 19). UNICEF Innocenti – Global Office of Research and Foresight. [unicef.org/innocenti](https://www.unicef.org/innocenti)

van Vuuren, C. L., van der Wal, M. F., Cuijpers, P., & Chinapaw, M. J. M. (2021).

Sociodemographic Differences in Time Trends of Suicidal Thoughts and Suicide Attempts Among Adolescents Living in Amsterdam, The Netherlands. *Crisis*, 42(5), 369–377.

<https://doi.org/10.1027/0227-5910/a000735>

Wang, X. X., Cosquer, M., Zhuang, M., Ali, A., Falissard, B., Corruble, E., Gressier, F., &

Jousselme, C. (2023). The role of parents' and friends' support in preventing suicide attempts among French sexual minority adolescents. *Revue d'Épidémiologie et de Santé Publique*, 71(3), 101594. <https://doi.org/10.1016/j.respe.2023.101594>

White, J., Trinh, M.-H., & Reynolds, C. A. (2023). Psychological distress, self-harm and suicide attempts in gender minority compared with cisgender adolescents in the UK. *BJPsych Open*, 9(5), e138. <https://doi.org/10.1192/bjo.2023.534>

World Health Organization. (2025a, maaliskuuta 25). *Suicide*. World Health Organization. World Health Organization. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/suicide>

World Health Organization. (2025b, syyskuuta 1). *Mental health of adolescents*. World Health Organization. World Health Organization. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/adolescent-mental-health>